[...]mourel,

[...]meurs fibreuses des grandes levres

DES

TUMEURS FIBREUSES

DES GRANDES LÈVRES

DES

TUMEURS FIBREUSES

DES GRANDES LÈVRES

PAR

Ernest AMOUREL

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.



LE MANS

IMPRIMERIE ALBERT DROUIN

5, RUE DU PORC-ÉPIC, 5

1883

DES

TUMEURS FIBREUSES DES GRANDES LÈVRES

INTRODUCTION

Les fibromes des grandes lèvres n'ont été jusqu'à ce jour, si nos recherches bibliographiques nous ont exactement renseigné, l'objet d'aucun travail d'ensemble. On a décrit séparément, dans des mémoires originaux, certaines variétés de tumeurs fibreuses qui se rencontrent dans cette région. M. Malassez, notamment, dans le *Bulletin de la Société Anatomique* pour l'année 1871, et M. Marfan, interne des hôpitaux, dans les *Archives de tocologie*, pour l'année 1882, ont publié d'intéressantes monographies sur le *molluscum* de la grande lèvre. Intermédiaire à ces deux publications, une thèse de M. Aumoine (1), sur les tumeurs solides des grandes lèvres contient une bonne étude des fibromes et des fibromyomes du ligament rond, mais laisse à peu près de côté le molluscum et les autres tumeurs fibreuses de la région. En outre, nous avons pu nous convaincre que la plupart des traités de gynécologie sont muets sur ces sortes de tumeurs ; que d'autres les mentionnent à peine, et que, nulle

(1) Thèse de Paris, 1876.

part, en un mot, on ne leur accorde l'importance qu'elles nous semblent mériter. Cependant, comme le fait, avec raison, remarquer le Dr Simpson (Voir l'Observation XI), le diagnostic de ces tumeurs est loin d'être toujours facile ; les inconvénients qu'elles entraînent, tant au point de vue moral qu'au point de vue physique, sont parfois très considérables et, de plus, les résultats funestes que nous relatons plus loin, prouvent surabondamment que leur pronostic n'est pas, dans tous les cas aussi favorable qu'on paraît se l'imaginer.

C'est pourquoi l'absence, dans nos traités classiques des maladies des organes génitaux de la femme, d'un chapitre spéciale destiné à faire connaître ces rares mais intéressantes tumeurs, nous a paru constituer une lacune regrettable. C'est moins avec la prétention de combler cette lacune, que pour la signaler aux hommes compétents, que nous avons entrepris cette étude.

Nous ne saurions, sans nous exposer à des redites, donner un tableau complet de toutes les tumeurs fibreuses qui ont pour siège la grande lèvre.

L'histoire des fibromes papillaires, par exemple, qui portent dans cette région le nom de végétations, est entièrement faite dans tous nos auteurs classiques. En ce qui concerne les fibromes et fibro-myomes du ligament rond, MM. Aumoine et Duplay (1), nous paraissent, dans l'état actuel de la science, avoir également épuisé le sujet. Ces deux variétés de tumeurs ne nous arrêteront donc pas bien longtemps.

Quant à l'éléphantiasis, qu'on a rangé longtemps parmi les tumeurs fibreuses, nous ne nous en occuperons qu'au point de vue du diagnostic différentiel et nous

(1) *Annales de Gynécologie*, 1882.

montrerons que par ses caractères anatomiques et cliniques il diffère essentiellement des tumeurs que nous avons en vue et constitue bien réellement une espèce à part.

Les tumeurs fibreuses dont la signification n'a pas été toujours nettement établie, comme *le molluscum*, (que nous décrivons pour éviter toute confusion sous le nom de *fibrome dermoïde*), et celles dont l'étude a été dans la région qui nous occupe, presqu'entièrement négligée, comme le *fibrome aponévrotique* et surtout le *fibrome périostéique*, feront donc spécialement l'objet de ce travail.

APERÇU HISTORIQUE

L'histoire des tumeurs fibreuses de la grande lèvre ne date pas de très loin. Quelles qu'elles fussent en effet, elles ont été confondues indistinctement pendant de longues années sous les noms de *molluscum* et *d'éléphantiasis*. Etaient-elles de petit volume? C'étaient des molluscum, et le molluscum lui-même empruntait à ses caractères extérieurs des épithètes variables. Atteignaient-elles des proportions considérables? C'étaient des *molluscum éléphantiasiques*. Inversement, on décrivait un *éléphantiasis molluscoïde*, et les bulletins de la Société de Chirurgie et de la Société d'Anatomie sont remplis de discussions qui montrent assez combien on était loin de s'entendre à une époque encore relativement peu éloignée de la nôtre, sur la véritable nature de ces tumeurs. C'est surtout à propos du molluscum que l'accord a le plus tardé à se faire. En 1871, dans un mémoire présenté à la Société Anatomique, M. Malassez déclare que le molluscum, sorte de *polype-cutané*, siégeant à la vulve, n'a pas de signification anatomique précise. Pour Hardy, c'est une difformité ayant pour siège l'appariel folliculaire de la peau. Cependant, différentes observateurs avaient donné déjà sur le siège et sur la constitution de ces productions, des indications précieuses. Dick, en 1834, à Glascow, ayant eu l'occasion d'observer un cas de molluscum généralisé,

enleva une de ces tumeurs et en fit l'examen. Il la trouva composée d'un tissu cellulaire dur, assez semblable au tissu fibreux. Sa densité diminuait à l'intérieur où ce n'était plus qu'un simple tissu cellulaire mêlé de matière adipeuse. En somme, cette tumeur lui parut n'être qu'une hypértrophie des tissus cellulaire sous-cutané et adipeux. Dans un autre cas semblable, il retrouva exactement la même organisation. Toutefois, la première observation que nous ayons rencontrée où la structure et le siège du molluscum aient été définitivement établis, date de 1855. Elle a été communiquée par M. le professeur Verneuil, à la Société de Biologie. En raison de son importance et parce qu'elle nous paraît inaugurer une ère nouvelle dans l'histoire de ces tumeurs, nous croyons devoir la reproduire ici, bien qu'il ne s'agisse pas d'une tumeur de la vulve.

Observation I. — *Fibrôme dermique pédiculé, siégeant à la région postérieure du cou.* — Remis par M. Chamerat. Mars 1855.

Cette tumeur existe depuis de longues années. Elle n'avait jamais causé la moindre douleur. Dans ces derniers temps, elle s'était excoriée à la surface et déterminait de la gêne dans les mouvements et un peu de cuisson, lorsque les vêtements frottaient sur la surface excoriée. L'excision fut faite avec des ciseaux courbes et donna écoulement à une faible quantité de sang.

La tumeur, du volume d'une noisette, se continue avec la peau par un pédicule gros comme une plume à écrire. Sa consistance est molle et comme flétrie ; elle change de forme à la moindre pression ; on dirait un sac vide ; sa surface est blanche lisse, non mamelonnée, non papilliforme. Il existe un peu de rougeur et de vascularisation autour du point excorié.

Examen microscopique. — Pas de suc en raclant la coupe ; pas de liquide interstitiel. Fibres du derme très-lâchement unies et facilement dissociables, formant de gros faisceaux entre-croisés, un peu moins transparents et nets qu'à l'état normal. Très-peu de vaisseaux au centre; pas de filets nerveux; ni glandes, ni follicules pileux. On retrouve une assez forte proportion de fibres élastiques. Malgré sa mollesse et sa laxité, ce tissu présente une très grande résistance à la déchirure. Point de matière amorphe, ni de cytoblastions. (Cet élément se combine assez fréquemment aux éléments naissants du tissu cellulaire dans les fibrômes cutanés). Pas d'éléments fibro-plastiques. La peau qui recouvre cette masse fibreuse n'a subi d'autre altération qu'un amincissement considérable. On reconnaît neanmoins la couche épidermique mince et dense qui ne manque que sur le point ulcéré. Le couche papillaire est également visible, mais les papilles sont larges, très-aplaties et dépourvues de vaisseaux. Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané n'existe plus. Le derme lui-même ne peut-être isolé et se confond avec la masse du fibrôme qu'il concourt sans doute à former.

M. Verneuil ajoute que cette description pourrait servir de type à un grand nombre de tumeurs cutanées connues sous le nom de *polypes de la peau*. Pour lui, ces tumeurs ne sont autre chose que des hypertrophies circonscrites du derme. En conséquence, il propose de leur appliquer leur dénomination de *fibromes dermiques*.

Ne retrouvons-nous pas là tous les cararctères du molluscum? De ce polype cutané, dont M. Malassez (1) dira plus tard qu'il n'a pas de signification anatomique précise? Pour nous, à partir de ce moment, cette signification ne fait plus de doute : Le *molluscum* est classé, c'est un *fibrome dermique*.

En ce qui concerne les grandes lèvres, c'est à

(1) *Loco citato.*

M. Boyer (1), que revient l'honneur d'avoir décrit les tumeurs fibreuses proprement dites de cette région. Depuis, Bérard (2) et Velpeau (3) les signalent, mais sans paraître y attacher une grande importance. M. Humbert (4), dans une thèse sur les *tumeurs des grandes lèvres*, rapporte un cas de molluscum qu'il considère comme à peu près unique dans la science à cette époque, et dont il donne une interprétation assez obscure. Malgaigne (5) est plus explicite. Il rapporte que dans deux circonstances différentes, il a été frappé par l'abondance des hémorhagies auxquelles avaient donné lieu des tumeurs fibreuses de la grande lèvre.

Vidal (de Cassis) (6) qui reproduit à peu près la description de Boyer, considère ces tumeurs comme une hypertrophie de la glande vulvo-vaginale. Plus récemment, Fano, dans son traité de pathologie externe commet la même erreur. Nélaton (7), leur consacre un paragraphe d'une vingtaine de lignes à peine. Enfin, nous l'avons déjà dit, la plupart des ouvrages de gynécologie n'en donnnent que des descriptions fort incomplètes.

Nous avons cité le mémoire de M. Malassez. Il contient un certain nombre de faits intéressants; mais le molluscum seul y est en cause.

La thèse de M. Aumoine et le mémoire de M. Duplay ont bien fait connaître l'origine et l'anatomie pathologique du fibrome et du fibro-myôme du ligament rond.

(1) *Traité des Maladies chirurgicales*, 1846.
(2) Dict. en 30 vol.
(3) *Dict. de méd.*, 2e édition, t. XVI, p. 454.
(4) Thèse de Paris, 1851.
(5) *Anat. chirurg.*. Paris, 1859, 2e édition, t. II.
(6) *Traité de path. ext.*, 5e édition, 1861, t. V.
(7) *Traité de path. ext.*

Depuis, sauf un certain nombre d'observations, nous n'avons trouvé sur la question que les excellents articles de M. Michel, dans le *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*, et de M. Heurtaux, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Citons enfin, le plus récent travail qui ait paru sur la matière, c'est-à-dire l'intéressant mémoire de M. Marfan, sur le *molluscum simple de la grande lèvre.*

Ces derniers auteurs professent encore sur bien des points des opinions différentes. Ainsi, pendant que M. Marfan fait du *molluscum* un fibrome papillaire, M. Heurtaux déclare que ces sortes de tumeurs se développent dans la couche profonde du derme. M. Michel a eu le mérite de savoir concilier ces deux opinions, mais il a eu le tort aussi de ranger parmi les tumeurs molluscoïdes des productions qui en diffèrent essentiellement.

Quant aux tumeurs profondes qui naissent des aponévroses et du périoste de la région, nous n'en avons trouvé la description nulle part. M. Aumoine émet l'hypothèse qu'elles doivent exister, mais il n'en a pas trouvé la preuve. C'est aux indications bibliographiques que contient le mémoire de M. Marfan que nous devons d'avoir été plus heureux.

OBSERVATIONS

Nous reproduisons ici toutes les observations que des recherches patientes et laborieuses nous ont permis de recueillir. Nous n'avons laissé de côté que celles qui nous ont paru soit par trop incomplètes, soit par trop obscures. On trouvera dans le nombre trois observations d'origine anglaise, observations extrêmement importantes et dont nous avons donné une traduction aussi exacte qu'il nous a été possible de le faire.

Chacune de ces observations a été de notre part l'objet d'un examen sérieux, et, de chacune ou à peu près, nous avons pu tirer un enseignement précieux. Celle-ci nous a fourni une notion étiologique nouvelle; une autre nous a offert des particularités anatomiques ou cliniques intéressantes. Avons-nous rencontré, chemin faisant, telle observation qui nous ait paru avoir été interprêtée par son auteur d'une manière inexacte ? Nous nous sommes efforcé de lui rendre son véritable caractère et sa véritable signification.

Enfin, nous nous sommes attaché principalement à bien préciser dans tous les cas l'origine et le siége anatomique de nos tumeurs. C'est ce qui nous a permis d'étabiir sur des bases rationnelles la classification des fibromes de la grande lèvre, classification qui est et devait-être en somme le dernier but et le couronnement naturel de ce travail.

Obs. II. — Thèse de M. Humbert. 1851, (Paris).

Une jeune fille de 20 ans, portait à la grande lèvre droite une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, ayant un pédicule long de 3 centimètres et du calibre d'un tuyau de plume, lequel se continuait avec la peau de la région (qui présentait d'ailleurs tous ses caractères), sans ligne de démarcation. Cette tumeur flottant entre les cuisses offrait une certaine résistance, surtout après les règles, qui s'affaiblissait un peu pendant l'époque menstruelle.

L'origine en remonte à 2 ans; elle n'a jamais été accompagnée de douleurs.

La peau dont la surface est garnie de quelques poils, offre seulement dans un point très-limité, une légère ulcération.

Circonscrite par deux incisions, elle fut facilement enlevée.

Examen anatomique. — La pression exercée sur la tumeur, de la base vers le pédicule, exprime à la surface fraîchement coupée de celui-ci, quelques goutelettes d'un liquide séro-albumineux. En l'incisant, on la trouve évidemment formée des éléments constitutifs de la peau hyperthrophiée. Le tissu en est blanc et induré; on y remarque quelques vaisseaux lympatiques considérablement développés.

M. Forget, à qui cette observation est empruntée, déclare qu'il n'a rencontré nulle part la description d'une tumeur semblable, et M. Humbert qui la rapporte, émet timidement l'opinion que ce cas pourrait bien rentrer dans la catégorie des hypertrophies de la peau. Nous rencontrerons cependant peu d'observations dont l'interprétation soit aussi simple et aussi facile.

Nous voyons une tumeur existant depuis de longues années, indolente, pédiculée, pendante, avec ulcération légère de la peau, infiltrée d'un liquide séro-albumineux

et présentant tous les éléments constitutifs de la peau hypertrophiée. Personne aujourd'hui n'hésitera à reconnaître dans cette tumeur un type de *molluscum*, autrement dit de *fibrome dermique*.

M. Lancereaux, dans son *Traité d'Anatomie pathologique* a réuni fort heureusement sous le nom générique de *fibromes dermoïdes* les tumeurs de cette nature. Cette désignation a pour avantage de ne préjuger en rien le siége précis de la tumeur et de s'appliquer à toute une variété de production formée par les éléments constitutifs du derme et présentant à peu de chose près la même physionomie et les mêmes symptômes. Nous suivrons son exemple, et nous appellerons *dermoïdes* les tumeurs qu'on désignait autrefois sous le nom de *molluscoïdes*. Si le mot *molluscum* se retrouve parfois encore sous notre plume, ce sera seulement pour mémoire, ou pour les commodités de la description.

Obs. III. *Tumeur pédiculée de la grande lèvre droite datant de* 32 *ans, et pesant* 980 *grammes*, par M. Roché. — *Gaz. méd.* 1854.

Cette tumeur, située au milieu de la face extérieure de la grande lèvre droite, pendait par un pédicule de 10 centimètres de long et de la grosseur du doigt. Elle était dure, mamelonnée, et présentait au moment de l'opération, deux plaques gangréneuses et une ulcération. On trouva la tumeur formée d'un tissu uniforme dense, serré, d'un blanc mat, assez sensable à celui de la prostate. Elle pesait 980 grammes.

L'auteur ne s'explique pas davantage sur la nature de cette tumeur qui n'a pas été examinée au microscope et que, malgré l'ulcération et la mortification partielle dont elle a été le siège, il regarde comme n'étant pas cancéreuse.

Obs. IV. *Tumeur pédiculée de la grande lèvre*, par Huguier.
(*Soc. de Chirurgie*, 1857.)

M. Huguier présente une tumeur de la grosseur d'une orange, qu'il a enlevée sur la grande lèvre droite d'une blanchisseuse. Cette tumeur était pédiculée et présentait à sa surface une légère ulcération. Sa coupe offre un aspect blanchâtre, le derme est très-épaissi et paraît infiltré. En un mot cette tumeur paraît de nature éléphantiasique.

M. Huguier rappelle qu'il y a quelques mois, il a présenté une semblable tumeur, également de la grosseur d'une orange, pédiculée offrant la même structure et provenant de la grande lèvre droite d'une blanchisseuse.

M. Larrey serait disposé à considérer la pièce présentée par M. Huguier comme une tumeur hypertrophique pédiculée, plutôt que comme un cas d'éléphantiasis. Tel est aussi notre avis, s'il est permis de se prononcer d'après des observations aussi incomplètes. Retenons seulement que dans les deux cas en question, les malades étaient des blanchiseuses.

Obs. V. — *Tumeur fibro-graisseuse de la grande lèvre droite.* (1)

Mlle D...., âgée de 24 ans, d'une forte constitution, jouit d'une santé parfaite. Ses règles toujours règulières et abondantes sont accompagnées d'un grand malaise : douleurs de reins, vomissements. Il y a cinq ans, elle fit une chute sur un vase de porcelaine qui se brisa, les bords tranchants lui coupèrent la grande lèvre droite. C'est à cette blessure que la malade attribue le développement de la tumeur qui l'amène à la Maison de Santé.

Quoiqu'il en soit, elle découvrit, il y a un an, sur la cicatrice, une petite tumeur grosse comme une noisette, molle, un peu

(1) Demarquay, *Bull, de la Soc. de Chirurgie*, 1864.

élastique, roulant sous le doigt, indolore. Cette tumeur augmenta peu à peu, et arriva en janvier dernier au volume d'une noix. Maintenant (juillet 1864), elle a tout à fait l'apparence et les dimensions d'un scrotum; elle est suspendue au milieu de la grande lèvre, sans ligne de démarcation ; la peau est flasque, normale, privé de poils, très-riche en follicules sébacés. Au palper, on sent quelques nodosités ou lobules, sensation qui rappelle celle du varicocèle. La tumeur ballotte entre les fesses de la malade; elle est sujette à des variations de volume augmentant par la marche, les fatigues, et à chaque époque menstruelle: alors, elle paraît se remplir de masses graisseuses inégales qui se dessinent et peuvent être vues aussi bien que palpées, à travers les téguments. Quelquefois elle diminue par le retrait de son contenu. La peau devient alors flasque et ridée et les parois opposées peuvent s'appliquer l'une contre l'autre.

Le 4 juillet, la tumeur est enlevée avec des ciseaux; les bords de la plaie sont réunis avec des points de suture.

Il est fâcheux que l'examen anatomique n'ait pas été fait. La nature mixte en effet de la tumeur ne nous paraît pas suffisamment établie. Cliniquement on peut la ranger sans hésitation dans la classe des fibromes dermoïdes. Il est intéressant de remarquer qu'elle a eu pour point de départ une plaie de la grande lèvre, ou pour mieux dire, qu'elle est née sur une cicatrice. Notons les changements de volume à chaque époque menstruelle.

Obs. VI. — *Remarquable tumeur lobulée de la grande lèvre.* (Dr Henri A. Grim). *Glascow med. journal*, 1871.

Mme X..., âgée de 41 ans, porte à la grande lèvre droite, une énorme tumeur qui n'a nui en rien au bon état de sa santé. Pendant l'été dernier seulement, elle a ressenti une certaine faiblesse, mais pas au point toutefois de ne pas pouvoir exercer son métier de blanchisseuse. Elle a eu parfois quelque difficulté

pour uriner. Non mariée, elle a eu, il y a dix-neuf ans un enfant illégitime.

La masse consiste dans un grand nombre de tumeurs attachées les unes aux autres ou à un commun pédicule, qui, à son tour est attaché à, ou plutôt perdu dans la grande lèvre droite. Trois des plus grosses sont attachées au pédicule sur un même plan d'avant en arrière ; des plus petites, deux sont situées au côté interne et une au côté externe des plus volumineuses et adhérentes au pédicule. Parmi les plus grosses, celle qui est située le plus en avant, semble avoir paru la première. Il y a maintenant environ six ou sept ans que la malade l'a remarquée pour la première fois. Elle formait alors une petite masse dure, sur la peau de la grande lèvre. Depuis, son accroissement s'est fait lentement, régulièrement et toujours sans douleur. Présnetement, sa longeur, depuis la racine de pédicule est de 13 pouces ; sa plus grande circonférence de 25, et à partir du pédicule commun, elle mesure 10 pouces 3/4.

La seconde tumeur, en allant d'avant en arrière, est aussi née la seconde ; elle occupe le côté interne de la première et a atteint un volume considérale. C'est la plus petite et en même temps la plus dure et plus régulièrement arrondie des grandes tumeurs. De la racine du pédicule à son extrémité, elle mesure 10 pouces, sa plus grande circonférence est de 11 pouces, et depuis son origine dans le pédicule elle à 5 pouces 1/4.

Six mois plus tard, parut la troisième des grandes tumeurs, celle qui est située à la partie postérieure. Elle occupe l'angle postérieur et externe du pédicule. Elle est entièrement pyriforme, et sa marche a été de beaucoup plus rapide.

Voici ses dimensions : De la base du pédicule à son extrémité, 13 pouces 3/4 ; Grande circonférence, 17 pouces 3/4 ; Depuis son origine dans le pédicule, 9 pouces.

Au sommet de cette tumeur, il y a une ulcération de la largeur d'une couronne, environ, avec des bords taillés à pic et laissant suinter quelques gouttes d'un pus imparfait. Cela avait commencé par une sorte d'éraillement, auquel avait succédé une ulcération qui ne semblait avoir aucune tendance à la guérison.

Les plus petites tumeurs sont situées comme il a été indiqué plus haut et varient de 3 pouces à un demi-pouce. Elles n'ont pas encore de pédicule distinct et semblent implantées dans le pédicule commun.

La surface des tumeurs rappelle l'apparence d'une muqueuse longtemps exposée aux frottements. Des veines paraissent à la surface, en nombre variable, selon les tumeurs : à la palpation, la portion superficielle des tumeurs semble charnue et molle ; les parties profondes au contraire sont dures, fibreuses et nodulées. Toutes, sauf à leur origine dans le pédicule, sont parfaitement indolentes. Le pédicule va en se rétrécissant depuis la base où il mesure 3 pouces 1/2, pour se réduire ensuite à 2 pouces et moins dans sa partie la plus étroite. La surface est unie et il n'atteint nulle part une épaisseur de plus de 3/4 de pouce. Moite au toucher, coloré en rose, il présente à sa partie interne les caractères d'une muqueuse, à la partie externe, les caractères de la peau. Il est sensible. Dans son tiers antérieur, il est mou et semblable à la peau ; mais ses deux-tiers postérieurs sont plus épais et contiennent un tissu ferme analogue au tissu fibreux, intimement lié avec la tumeur et perdu dans l'épaisseur de la grande lèvre. On peut reconnaître dans le pédicule à ses pulsations un large vaisseau qu'on peut comparer à la radiale et quelques autres plus petits : On n'en trouve pas dans la tumeur.

6 octobre. — La partie la plus étroite du pédicule a été liée dans l'après-midi. Elle a été divisée en trois parties, au moyen d'aiguilles armées de fils doubles. La malade a beaucoup souffert pendant l'opération. Un grain de morphine.

7 octobre. — Etat grave. Pouls presque imperceptible. Lèvres pâles. Extrémités froides. Quelques heures après l'opération, la malade a ressenti des douleurs extrêmement vives. La tumeur est noire et parfaitement morte.

Le lendemain grande amélioration; la tumeur est enlevée avec le bistoiri.

Pansement au perchlorure de fer.

Le 17, toutes les ligatures sont tombées, excepté une, qui fut enlevée à une époque plus éloignée.

Quelques remarques seulement sur cette observation :

1° La malade était une blanchisseuse.

2° Ainsi que le fait, avec raison, remarquer l'auteur, la tumeur, par le nombre, le volume et la disposition des lobes qui la composaient, présentait une physionomie toute particulière.

3° La méthode d'extirpation employée fut la ligature.

4° L'opération détermina des douleurs extrêmement vives et l'état de la malade inspira pendant les deux premiers jours de vives inquiétudes.

Obs. VII. — *Molluscum simplex de la grande lèvre,* par M. Marfan, interne des hôpitaux. (*Archives de Tocologie,* 1882.

Une jeune fille de 21 ans, d'une santé parfaite, ayant un développement intellectuel et physique normal, entre le 14 octobre, dans le service de M. Th. Anger, à l'hôpital Cochin, (salle Cochin, n° 24).

Ce n'est qu'il y a 5 ans, qu'elle s'aperçut qu'elle avait une toute petite grosseur à la vulve. Elle se garda bien d'en parler ; mais cette grosseur ne fit que croître jusqu'à l'époque actuelle, où, effrayée de ses dimensions, la jeune fille, s'en ouvrit à un médecin qui l'engagea à entrer à l'hôpital pour se faire opérer.

L'interrogatoire de la malade à son entrée nous apprend que personne dans sa famille n'a été atteint d'une affection semblable, soit aux organes génitaux externes, soit dans une autre région. La tumeur a eu une marche particulièrement rapide, surtout depuis dix-huit mois. Un seul incident s'est produit pendant son évolution ; il y a trois semaines sous l'influence du frottement, dit la malade, la tumeur s'est percée et a donné lieu à un écoulement de sang très abondant. Puis, l'écoulement s'est arrêté et la malade prétend que depuis sa tumeur a diminué.

L'examen des signes physiques nous donne les résultats suivants :

Il s'agit d'une tumeur pédiculée dont le pédicule s'insère à la grande lèvre du côté gauche et le fait de pédiculisation nous oblige à décrire le corps de la tumeur et son pédicule.

L'insertion de ce pédicule est linéaire et comprend toute l'étendue de la grande lèvre ; il a une face interne et une face externe qui se continuent sans ligne de démarcation avec les faces interne et externe de la grande lèvre.

Sa hauteur est celle de la grande lèvre, sa longueur est d'environ 1 centimètre ; mais je dois dire que lorsqu'on tirait sur la tumeur le pédicule s'allongeait et pouvait acquérir une longueur de 2 centimètres.

L'épaisseur du pédicule est à peu près 1/2 centimètre. Les caractères extérieurs du pédicule sont exactement ceux de la grande levre elle-même.

Le corps de la tumeur qui est supporté par ce pédicule est à peu près gros comme le poing. Il est constitué par un certain nombre de lobules; les uns, qu'on peut appeler primitifs assez gros, les autres qu'on peut appeler secondaires, plus petits et s'insérant sur les lobules primitifs ; d'autres enfin, qu'on pourrait appeler tertiaires, qui s'insèrent sur les secondaires et qui sont les plus petits en volume.

Cette disposition donne à la tumeur un aspect feuillu qui est tout à fait spécial et qui peut la faire comparer à une grappe. Les lobules qui composent la tumeur qu'ils soient grands, moyens ou petits se présentent avec les caractères suivants :

L'épiderme qui les recouvre est normal et possède la pigmentation des organes génitaux externes. Entre deux lobules cependant on trouve une petite érosion suintante qui doit correspondre au point par où s'est faite l'hémorrhagie notée plus haut.

Les téguments qui recouvrent ces lobules sont ridés, couverts de poils dont l'implantation et les caractères extérieurs rappellent ceux des poils du scrotum.

Quand on saisit entre les doigts un des lobules de la tumeur, on éprouve la sensation d'une poche membraneuse flasque et vidée. On peut leur appliquer, soit la comparaison de Bazin, d'après laquelle ils ressembleraient à des grains de raisin dont on aurait retiré les pépins, soit l'expression de Roktansky, qui

les définit des expansions sacciformes du derme. On peut encore les comparer comme aspect à ces vieilles hémorrhoïdes flétries qu'on nomme marisques.

Nous avons voulu complèter notre examen par le toucher, mais nous avons trouvé un hymen parfaitement intact. Du reste cette jeune fille nous dit qu'elle est parfaitement réglée.

Cette tumeur a été enlevée le 17 octobre; le pédicule a été sectionné avec le bistouri et les deux lèvres de la plaie ont été rapprochées avec des serres-fines. Huit jours après, la malade sort guérie; il ne reste plus qu'une cicatrice linéaire très peu apparente.

L'opération nous a montré combien la tumeur devait être peu vasculaire ; il n'y a eu qu'un peu d'écoulement sanguin venant de deux artérioles situées dans le pédicule et qui apportent à la tumeur ses éléments nutritifs.

Après l'opération un des lobules de la tumeur a été ouvert et on peut en effet s'assurer que le nombre des vaisseaux y est minime.

On peut voir encore que le tissu de la tumeur est un tissu fibreux, homogène, blanc, mou, un peu plus dur près du pédicule que dans les parties périphériques de la tumeur. En outre on peut voir quelques bulbes pileux très développés s'enfoncer dans l'épaisseur de ce tissu fibreux. La coupe de la tumeur n'a donné lieu qu'à un faible écoulement de liquide séreux.

L'examen histologique a donné les résultats suivants :

Une coupe de la tumeur colorée en carmin, et traitée par l'acide acétique, a montré des faisceaux de tissu conjonctif, nombreux, avec quelques fibres élastiques. Par places, la tumeur est au contraire presque complètement formée par des cellules aplaties, ramifiées, et anastomosées les unes avec les autres.

Sur la coupe qui partait de la surface de la tumeur, on a pu s'assurer que la couche épidermique est simplement amincie, et sans trace de prolifération.

En résumé, la tumeur est formée par tous les éléments histologiques qui entrent dans la constitution d'une papille, et on peut l'appeler *fibrôme papillaire du derme.*

Voilà donc un fibrome papillaire qui se serait déve-

loppé au niveau de la grande lèvre, en dehors de toute grossesse et de tout écoulement irritant des parties génitales. M. Heurtaux signale dans son article *Fibrome* du *Nouveau Dictionnaire des sciences médicales*, un cas à peu près analogue. Le fibrome papillaire en question avait été enlevé à une jeune fille de vingt ans. Il s'insérait au milieu de la grande lèvre droite et était congénital. La mère de la malade assurait qu'au moment de la naissance, il était gros comme une lentille et avait l'aspect d'une mûre; ses progrès presque nuls pendant longtemps, n'étaient devenus notables que vers l'âge de 18 ans.

Notons, dans le cas apporté par M. Marsan, l'hémorrhagie dont la tumeur fut le siège.

Obs. VIII. — *Tumeur congénitale de la fesse. Eclampsie. Diminution de la tumeur après l'accouchement*, (par M. Budin.) *Union médicale* 1872. (Résumée.)

Femme Poujot, 33 ans, multipare. Entrée à la Maternité le 11 avril 1872.

Examinée par l'aide sage-femme, elle n'attira pas l'attention, grâce à la faculté qu'elle possédait de dissimuler sa tumeur en s'asseyant dessus. Ce n'est que le 25 mai qu'on en constata la présence.

Voici les renseignements recueillis alors :

La malade serait venue au monde avec sa tumeur. Elle aurait augmenté progressivement, sans que la menstruation ait eu une influence appréciable sur son développement.

Préalablement à toute grossesse, le volume de la tumeur était moitié moindre qu'actuellement. Elle était très molle, mobile, indolente, ne gênait la malade ni pour marcher, ni pour s'asseoir, ni pour aucun autre acte physiologique.

Mariée à 29 ans à un ouvrier relieur, elle put parcourir sans

fatigue et sans que la tumeur augmente plus que par le passé, une grande partie de la France. Ce n'est que vers le sixième mois de sa première grossesse, que le volume de sa tumeur s'accrut très rapidement du double environ.

Elle accoucha aux environs de Nantes, dans une ferme et resta pendant deux mois à l'hôpital de Nantes, le ventre et les membres inférieurs enflés. Elle ne paraît pas avoir eu d'albuminurie à cette époque.

Après l'accouchement, la tumeur avait repris son volume normal.

Au moment où nous observons la malade, elle est parvenue environ à huit mois et demi de grossesse. Ce n'est que depuis un mois qu'aurait recommencé le développement anormal de la tumeur, et c'est surtout pendant les derniers 15 jours que ce développement aurait été considérable.

Cette tumeur, née de la partie inférieure de la grande lèvre gauche, s'étend en arrière sur la fesse du même côté, jusqu'à sa partie supérieure, en se rapprochant du sillon interfessier.

Apparences diverses selon l'attitude de la malade. Lorsqu'elle est debout, elle pend comme un sac charnu sur la partie postérieure et supérieure de la cuisse gauche.

La peau qui recouvre le pédicule de la tumeur est molle, flasque, terne, plissée, et sans aucune adhérence avec les parties sôus-jacentes A la partie convexe au contraire, la peau est lisse, rosée et présente des traces non équivoques d'œdème. Plus on se rapproche du pédicule, plus la surface de la tumeur est irrégulière et comme lobulée. Ces lobules ont peu de résistance, quoique l'ensemble de la tumeur forme une masse assez morbide.

Dimensions de la tumeur :

Grand diamètre................	38	cent.
Petit diamètre..................	19	—
Circ. du pédicule...............	55	—

Le poids total était de 3,700 grammes.

Sur diverses parties du corps, et notamment aux membres inférieurs, on aperçoit de petites saillies molluscoïdes, brunâtres,

arrondies, mollasses, d'un centimètre de diamètre environ, se laissant déprimer par le doigt, mais n'offrant pas d'inégalités au toucher.

Varicosités nombreuses, sur le membre inférieur. Rupture spontanée des membranes, le 4 juin 1872 ; Présentation du sommet O. I. G. A.

5 Juin. — Attaque d'éclampsie à minuit. Application de forceps. Délivrance spontanée à minuit trente. Fille née morte, pesant 3,700 grammes.

Deuxième accès d'éclampsie après la délivrance.

Neuf autres accès jusqu'à 5 heures du matin.

L'urine examinée les jours précédents ne contenait pas d'albumine.

De 5 heures du matin à 11 heures 30 du soir, dix autres accès.

La température vaginale donne le matin 38°. Saignée, 400 gr.

Le soir, 39° 2. Saignée 500 gr.

6 Juin. — Dernièr accès à 3 heures du matin.

Température vaginale à 8 heures, 39°.

La tumeur a conservé son volume, elle est un peu moins violacée et moins tendue que la veille. La malade est en partie sortie du coma, mais elle ne parle pas. La sensibilité est revenue.

7 Juin. — Température vaginale, 37° 6. La malade parle.

Elle se plaint d'un grand mal de tête.

La tumeur est plus molle, moins œdématiée, moins volumimineuse.

8 Juin. — Température vaginale, le matin 37° 6, le soir, 3°7 9.

La tumeur continue à diminuer de volume, sa flaccidité augmente.

Les jours suivants, l'albumine et la température diminuent graduellement.

21 Juin. — Le volume de la tumeur a diminué de moitié. Elle est molle, flasque, ridée, sans trace d'œdème. La peau qui la recouvre est flasque et ridée.

Dimensions :

Grand dimètre.............. ...	26	cent.
Petit diamètre..................	13	—
Circonférence du pédicule......	38	—
Grande circonférence	58	—

Poids 1,800 grammes.

Etat général bon. La malade se lève et mange deux portions.

On diagnostique conformément à l'avis de M. Lailler un *molluscum pendulum* gigantesque, qu'en raison de sa nature extrêmement bénigne, et du peu de gène qu'il occasionne, on conseille de ne pas opérer. La malade d'ailleurs repousse énergiquement toute idée d'intervention chirurgicale.

Voilà une observation qui ne nous paraît laisser aucun doute sur la nature de la tumeur en question, bien que l'examen anatomique n'ait pu être fait. Nous trouvons là réunis comme à souhait tous les caractères du fibrome dermoïde. Nous ne les énumèrerons pas à nouveau et nous nous bornerons à noter les particularités intéressantes qu'a présentées cette tumeur :

1o Elle est congénitale.

2° Sous l'influence de la grossesse, son volume augmentait rapidement, pour diminuer bientôt après l'accouchement et revenir aux mêmes dimensions qu'auparavant.

3° Coïncidence remarquable sur diverses parties du corps de petites saillies molluscoïdes, établissant par conséquent, de fortes présomptions en faveur d'un cas de molluscum généralisé.

4o Malgré son volume énorme et son poids, la tumeur n'a jamais occasionné de gêne, ni pendant la marche ni pendant la station assise, quoi qu'elle supportât alors une pression considérable,

5° Bien que plus particulièrement exposée aux frottements répétés et aux blessures, elle n'a jamais présenté l'ulcération que nous avons si fréquemment signalée à la surface des tumeurs analogues.

Obs. IX. — Nous trouvons dans Scanzoni, (*Maladie des organes sexuels de la femme*) dans l'article *éléphantiasis de la vulve* les réflexions suivantes :

« C'est une affection assez rare ; nous n'avons eu qu'une seule fois l'occasion de l'observer d'une manière très prononcée. C'est le même cas dont parle Kiwisch dans ses *Leçons cliniques* (tome II, page 500) : Une jeune fille de dix-sept ans, traitée au grand hôpital de Prague, présentait une hypertrophie des lèvres telle, qu'elles pendaient au-delà du milieu des cuisses sous forme de tumeurs, plus grosses que la tête d'un homme adulte, brunâtres et semées de nombreuses tubérosités, la malade était gênée dans tous ses mouvements. Ello présentait en même temps des tubérosités analogues sur diverses autres parties du corps. Si nous ne nous trompons, elle mourut plus tard des suites d'une tuberculose à marche très rapide. »

Si peu complète que soit cette observation, nous avons cru devoir la rapprocher de la précédente. Il est permis d'y voir en effet, comme dans cette dernière, un cas de fibrome *dermoïde généralisé,* dans lequel, ainsi qu'il arrive ordinairement, une ou plusieurs des tumeurs ont pris un développement considérable. Divers observateurs et entre autres MM. Gibert et Vanzetti, ont signalé des faits semblables. Mais dans tous les cas, les grosses tumeus, celles qui, par leur poids ou par leur volume, pouvaient constituer une gêne et une difformité fâcheuses siégeaient ailleurs qu'à la vulve. D'un autre côté, M. Marfan déclare que toujours, dans toutes les observations

qu'il a pu recueillir, il a trouvé isolées les tumeurs de cette nature occupant la grande lèvre. Les faits de généralisation rapportés par MM. Budin et Scanzoni constituent donc des exceptions que nous sommes heureux de signaler. Nous devons ajouter que cette généralisation n'aggrave en rien le pronostic de ces tumeurs, qui peuvent persister indéfiniment. sans compromettre la santé générale.

Obs. X. — *Tumeur fibro-cellulaire de la grande lèvre*, par Morton. (*In Glascow médical journal*, 1871.)

Marguerite X..., âgée de 40 ans, entre à l'hôpital Royal de Glascow, en août 1870. Elle porte à la grande lèvre droite une large tumeur pendante, sans prolongements vaginaux ni urèthraux. La malade semble légèrement cachectique, mais elle a cependant conservé l'appétit et parait jouir d'une bonne santé. Sa tumeur date de 12 ans ; elle a augmenté progressivement, sans autres inconvénients que sa grosseur et son poids.

Opération. — Six jours après l'entrée de la malade la tumeur fut excisée, avec l'assistance du Dr Petersen, qui la soutenait, selon les besoins de l'opération. La malade avait été endormie par le chloroforme. Un lambeau du tégument fut disséqué de chaque côté du pédicule, qui était large et s'étendait de la région inguinale au voisinage de l'anus.

La peau sur le côté interne ou vaginal fut trouvée tellement mince que l'opérateur fit remarquer que très probablement il pourrait se produire une déchirure. C'est ce qui arriva, mais sur une assez petite étendue pour ne pas mettre obstacle à la réunion de la plaie, d'autant plus qu'on prit soin de garder une assez grande quantité de peau pour recouvrir cette dernière. Quelques vaisseaux donnèrent du sang dont une simple torsion arrête facilement l'écoulement.

Les suites de l'opération furent heureuses, si l'on excepte un

accident fâcheux dû probablement à l'ingestion d'acide sulfurique impur.

La malade sortit guérie de l'hôpital vers le milieu de septembre.

La tumeur mesurait 13 pouces dans son plus grand diamètre (32 centimètres 1/2) et 7 pouces 1/2 dans son plus petit diamètre (16 centimètre environ.) Elle est de forme ovale, régulière, sauf au côté droit et en avant, où elle présente un sillon profond, au fond duquel est une ulcération de la largeur d'un penny.

En haut, la peau est presque normale mais son épaisseur, augmente d'une façon marquée vers le bas et la face convexe inférieure, où elle mesure un pouce environ. Sur la plus grande partie de la tumeur, mais spécialement dans le point où la peau est le plus épaisse, son apparence est celle de l'éléphantiasis. Ce serait toutefois une tumeur éléphantiasique pendante, à la surface de laquelle les follicules pileux sont marqués par des enfoncements profonds. La structure des poils, épars et assez éloignés les uns des autres est normale, et ils ne sont pas hypertrophiés. Sur une coupe longitudinale de la tumeur, on voit que, outre la peau épaissie dont nous parlions plus haut, il y a une volumineuse tumeur séparée de cette peau par une couche considérable de tissu connectif lâche et très œdématié. Mais quoique généralement lâche et œdématiée, cette capsule possède de nombreux faisceaux entremêlés d'un tissu blanc, fibreux, formant par leur réunion sous divers angles, une trame à mailles larges.

Ce tissu connectif est si lâche, qu'à l'aide d'une simple traction exercée avec les doigts, on peut facilement diviser la surface de la tumeur. Cette surface présente uue lobulation très marquée, au point de ressembler très exactement à un kyste multiloculaire. En la sectionnant cependant, on voit qu'il n'existe en aucun point de kyste à parois distinctes, quoique la tumeur entière soit abondamment infiltrée. Le tissu de la tumeur présente une coloration blanche, perlée ; il est très mou, mais aussi extrêmement résistant et manifestement lobulé. En divers points, au voisinage de la périphérie, et particulièrement à la partie inférieure, l'infiltration est beaucoup plus marquée, et le liquide est collecté

dans de petites vesicules. Ce liquide est jaunâtre et par son extrême abondance, au niveau de ces petites vésicules, il donne à la tumeur l'apparence d'une masse gélatineuse. Toutefois en ponctionnant quelques-unes de ces vésicules et en recueillant le liquide dans un tube, on s'aperçoit qu'il est parfaitement clair. L'acide acétique ne le précipite pas ; mais l'acide nitrique donne un précipité très abondant, montrant qu il est albumineux, et non muqueux ou colloïde.

Examen microscopique. — Structure uniforme dans toutes les parties de la tumeur :

1° A un faible grossissement, le tissu, qui paraît fibreux, semble à un grossissement plus considérable composé par la réunion de cellules fusiformes très allongées.

2° Cellules pour la plupart isolées, mais parfois par groupes de deux ou trois. Elles sont rondes ou ovales, à contenu granuleux, avec des noyaux bien marqués. Elles ont en moyenne 1/2,000 de pouce.

3° La plus grande partie est composée d'une substance granuleuse, dans laquelle avec un fort grossissement, on reconnaît des noyaux fusiformes. L'acide acétique montre que ces noyaux sont très abondants, de forme allongée, et qu'ils renferment un nucléole distinct,

Teintes au carmin, les fibres paraissent beaucoup plus abondamment pourvues de noyaux que les fibres normales, et ces noyaux eux-mêmes sont plus ovales et plus larges.

Sur une coupe longitudinale, on aperçoit d'abord la peau épaissie, puis la tumeur elle-même, volumineuse, et séparée de cette peau par une couche considérable de tissu connectif, lâche et œdméatisé. C'est la première fois que nous rencontrons une tumeur ayant pour enveloppe une capsule distincte.

L'observation suivante présente la même particularité.

Ces tumeurs siègent-elles dans le sac dartoïque de Broca ? Cette enveloppe lâche est-elle formée par le

fascia superficialis ? Ou bien la tumeur a-t-elle pris naissance dans le fascia superficialis lui-même et a-t-elle pour enveloppe le tissu conjonctif sous cutané? C'est une question qne nous posons sans oser la résoudre. Nous pensons toutefois qu'il ne saurait subsister aucun doute sur l'origine aponévrotique de ces tumeurs, qu'en raison de leur disposition spéciale, on pourrait peut-être appeler *fibromes capsulaires.*

Obs. XI. — *Tumeur fibro-cellulaire de la fesse et de la grande lèvre droite, étendue au rectum et au vagin. Opération. Guérisons*, (par Simpson.) *British. méd. journal.* 1867.

Le peu de fréquence des cas de tumeurs fibro-cellulaires siégeant aux voisinages des organes génitaux de la femme, l'incertitude de leur diagnostic, qu'augmente encore parfois l'existence d'adhérences profondes avec des organes importants, les difficultés que présente leur extirpation, m'engagent à porter le cas suivant à la connaissance de la Société.

A. W...., âgée de 45 ans, fut admise dans mon service, au « *Lincoln Country Hospital* » le 19 février 1866. Elle se plaignait d'une sensation de malaise et de pesanteur à la fesse droite, laquelle nous parut considérablement plus volumineuse que la gauche, et au toucher présenta une sensation particulière de résistance élastique.

C'était une femme d'apparence robuste, de complexion florissante et jouissant généralement d'une bonne santé. Tourmentée par le volume croissant de sa fesse, elle avait depuis 1 an et 1/2, consulté plusieurs médecins.

L'un d'eux avait fait une incision exploratrice profonde, qui avait seulement donné issue à un peu de sang.

Elle a été mariée 12 ans sans avoir eu d'enfants. Depuis 5 ans au plus, elle a été tourmentée par des besoins fréquents d'uriner se renouvelant souvent deux fois par heure; mais l'émission se faisait sans peine et sans douleur, pas de troubles de la défécation.

Actuellement l'appétit est bon, la langue propre, les selles normales, l'urine naturelle, le pouls à 96, faible, les règles régulières. Elle fut soumise au régime ordinaire.

Après consultation avec mes collègues, je fis une incision de quatre pouces de long, à la partie interne de la fesse, pour que la cicatrice, dans la station assise, pût-être à l'abri de la pression. La tumeur alors en partie découverte, parut tout d'abord ressembler tellement à un sac herniaire, que l'idée nous vint qu'une erreur de diagnostic avait été commise. Toutefois la dissection poussée un peu plus loin dissipa toute incertitude. Mais l'opération présenta de grandes difficultés : un long prolongement de la tumeur, s'étendait en effet dans l'intérieur de la grande lèvre, et sur les côtés du vagin ; un autre, très-profond, dirigé en haut et en arrière, remontait le long du rectum, auquel il était fortement adhérent, ainsi qu'au ligament sacro-sciatique et au coccyx. Quand nous eûmes détaché la tumeur à sa partie postérieure une portion de cette dernière nous parut avoir été laissée à la partie profonde et inférieure de la plaie. Une traction fut faite, mais des matières fécales apparurent et on cessa, d'autant mieux, qu'une déchirure transversale assez large pour recevoir l'extrémité de l'index fut à ce moment trouvée dans le rectum. Quelques petites artères donnèrent d'abord, mais l'hémorragie cessa bientôt et la ligature ne fut pas nécessaire. Les bords de la plaie furent rapprochés par six points de suture avec des fils d'argent.

Examen. — Sur le contour, quelques excroissances, mais extrêmement irrégulières ; la tumeur est en effet divisée par des bandes d'un tissu fibreux, dense, en deux parties principales et en un grand nombre de lobes plus petites. Une capsule distincte de consistance assez molle l'entoure. Dans sa partie la plus large elle mesurait neuf pouces sur quatre et chacun de ses plus vastes lobes, depuis son extrémité jusqu'à sa jonction avec la portion principale de la tumeur, mesurait trois pouces et demi ; sa couleur était jaune-blanche, mais variait dans d'autres endroits, où elle était rouge-sombre. A la section, il s'écoula une petite quantité d'un liquide séreux. Nombreux vaisseaux ramifiés dans une trame épaisse de fibres ondulées connectives.

L'acide acétique faisait voir des fibres élastiques enroulées et de nombreux noyaux.

L'opération n'eût d'autres suites fâcheuses que l'extrême faiblesse de la malade pendant les premiers jours. Le passage des fèces sur la plaie détermina égalament des douleurs très-vives. Enfin, sans qu'on puisse bien en préciser la cause, la malade présenta pendant deux jours de véritables symptômes d'empoisonnement que l'auteur de cette observation attribue à l'absorption d'une potion contenant de l'acide sulfurique impur.

Ces divers accidents furent combattus par des moyens appropriés, et, le 29 avril, la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

M. Simpson, pense qu'en raison du développemet complet des tissus constituant la tumeur, il n'y aura probablement pas de récidive.

Le Dr Mackinder se rappelle avoir vu cette malade et avoir pratiqué une fonction exploratrice, qui donna issue à une petite quantité de sérum teint de sang.

Tumeur fibreuse aponévrotique, entourée d'une capsule distincte et présentant des prolongements multiples et des adhérences profondes avec des organes importants, rectum et vagin. Troubles de la miction, sentiment de gêne et de pesanteur au niveau de la fesse. Quelques malaises. Telles sont les particularités que nous avons à relever dans cette observation.

Signalons encore les difficultés de l'opération, les vives souffranees qu'elle occasionne et les craintes qu'inspire pendant les premiers jours l'état de la malade.

Ajoutons enfin que dans le cas présent, l'infiltration est presqu'insignifiante, tandis que dans l'observation précédente, où il s'agissait également d'un fibrome aponévrotique, le liquide était extrêmement abondant. Ne pourrait-on trouver dans ce fait l'explication de la consistance si différente de ces deux tumeurs ?

Obs. XII. — *Eléphantiasis très volumineux de la vulve, compliqué de systocèle périnéale. Lésion de la vessie au moment de l'opération. Péritonite consécutive. Mort.* (Par M. Bourguet, d'Aix.) *Société de Chirurgie*, 1867.

Philippine A..., de Pourrières, Var, âgée de 18 ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, issue de parents bien portant, réglée depuis l'âge de 14 ans, nous est adressée dans le courant du mois d'août 1866, par notre confrère M. Giraud, médecin à Pourières.

Voici les renseignements qui nous sont transmis par ce médecin et confirmés par la jeune fille et sa mère, qui l'accompagne :

Philippine a vu paraître, il y a cinq ou six ans, sans cause appréciable, une petite tumeur dure, du volume d'une fraise ou d'une noisette, vers la face externe de la grande lèvre du côté droit. Insensiblement cette tumeur a pris de l'accroissement sans que l'apparition des régles et leur retour périodique, qui a eu lieu régulièrement depuis, aient paru exercer la moindre influence sur les progrès de la tumeur. Pendant longtemps, le malade, par un sentiment de pudeur naturel à son âge, n'a confié à personne l'existence de cette maladie. C'est tout à fait par hasard que sa mère en a fait la découverte, il y a environ un an, dans un moment où Pilippine avait eu ses robes accrochées et relevées en descendant d'une charrette.

L'examen auquel nous procédons immédiatement nous permet de constater l'existence d'un éléphantiasis de la vulve, d'un volume véritablement monstreux.

La tumeur irrégulièrement pyriforme, bosselée sur plusieurs points de sa surface, lourde, élastique, entièrement insensible, présente 29 cent. de son sommet à sa base et 47 cent. dans sa plus grande circonférence ; elle est comme suspendue entre les cuisses de la malade qu'elle tient fortement écartées l'une de l'autre, et descend en bas jusqu'à la partie supérieure du mollet, la peau qui la recouvre est saine et mobile presque partout ; elle présente seulement dans quelques endroits des stries ana-

logues à celles que l'on rencontre sur l'abdomen, chez les anciens hydropiques ou les femmes qui ont fait des enfants. Elle s'implante par un large pédicule sur le côté droit de la vulve, depuis le milieu de la région inguinale jusqu'a la région fessière ; le vagin est attiré en bas et son ouverture antérieure déviée à gauche ; ainsi que l'urèthre dont l'orifice se trouve caché derrière la saillie formée par la partie supérieure de la tumeur, sur le côté droit de la vulve. Cette disposition a pour conséquence de gèner considérablement la miction : L'urine s'écoule en bavant, ou bien le jet est dirigé vert la partie interne et supérieure de la cuisse gauche, de telle sorte que, malgré toutes les attitudes et toutes les précautions que puisse prendre la malade, elle souille constamment ses vêtements.

Il n'y existe ni douleurs ni élancements ; jamais elle n'a été le siège d'érysipèles, ni d'inflammations érythémateuses : son accroissement, comme nous l'avons dit, s'est fait lentement mais d'une manière continue ; depuis huit à dix mois surtout, cet accroissement a été plus rapide ; au point où les choses en sont arrivées, cette énorme intumescence, non-seulement incommode et gêne au plus haut dégré la malade par son poids et son volume, mais encore elle l'empêche de s'asseoir et de travailler.

En face d'un pareil état, nous considérons l'opération comme la seule ressource à employer et nous soumettons cet avis à la jeune fille et à sa mère, en prévenant toutefois cette dernière des dangers et de la gravité d'une intervention chirurgicale.

Suit le récit de l'opération, qui fut longue et laborieuse en raison de nombreux prolongements que la tumeur envoyait en diverses directions, notamment vers les organes contenus dans le petit bassin, et en particulier, sur le côté droit du vagin et du rectum. Quelques-uns de ces prolongements pénétrant même plus profondément étaient arrivés jusque sur le bas fond de la vessie et fixés ainsi d'une part à cet organe, de l'autre faisant corps avec la tumeur, ils avaient attiré peu à peu cette portion du réservoir de l'urine, dans la région périnéale, en éraillant et écartant quelques fibres de l'aponévrose pelvienne et du releveur de l'anus, aidés dans cette action

par le poids considérable de la tumeur et les déplacements qu'elle tendait à produire sur les organes du voisinage. La tumeur adhérait en outre à l'ischion par des faisceaux fibreux extrêmement résistants. La section en fut très laborieuse et c'est au moment où on était parvenu à les détacher que quelques gouttes d'urine s'écoulèrent. La vessie dont la présence en ce point n'avait pu être soupçonnée, venait d'être ouverte et il en résulta une péritonite mortelle. Pas d'autopsie.

L'examen de la tumeur : Tissu lamineux infiltré de sérosité. En trois points différents, kystes séreux dont le principal peut contenir de 50 à 60 grammes de liquide. Après l'ouverture des kystes et plusieurs incisions ayant donné issue à une notable quantité de sérosité, la tumeur pèse encore 8 kilogrammes 700 grammes. Les prolongements présentent une grande résistance et on ne parvient à les isoler de la surface de la vessie, qu'en les déchirant de vive force. Ce qui reste de cet organe et adhère à la tumeur, forme un lambeau taillé irrégulièrement de près de cinq centimètres carrés, dans lequel on reconnaît très distinctement les tuniques muqueuse et musculeuse. Il n'y a pas eu d'examen microscopique.

Nous nous réservons de démontrer plus loin la véritable signification de cette observation. Constatons seulement la difficulté déjà signalée par M. Simpson, du diagnostic complet des tumeurs à prolongements multiples et le résultat funeste de l'opération.

L'observation suivante contient la description d'une tumeur analogue à la précédente, envahissant également le vagin et le rectum, adhérente à la symphyse pubienne et aux parois latérales de la vessie et solidement insérée sur les os pubis et ischion par des ligaments fibreux. L'opération fut aussi suivie de mort.

L'auteur ajoute qu'un fait absolument semblable se présenta à l'hôpital Saint-Georges. On fit l'opération, et le résultat fut également funeste. Dans deux autres cas

observés par MM. Brodie et Keate, les malades furent opérées et guérirent.

Ce qui ressort nettement de tous ces faits, c'est que ces fibromes ont une marche particulièrement envahissante. Nous ne pouvons nous prononcer sur le cas de M. Bourguet, mais dans le cas de Churchil, il n'y a pas de doute que la tumeur ait pris naissance dans le périoste des os du bassin, pubis et ischion. Il semblerait donc que les fibromes ayant la périoste pour origine ou même ayant envahi plus ou moins tardivement cette membrane, empruntent à ce seul fait des caractères spéciaux et une marche particulière. Ils semblent, en un mot, se comporter dans la région vulvaire et anale comme dans le pharyux, les tumeurs fibreuses dites polypes qui prennent naissancedans la périoste de l'apophyse basiliaire.

Signalons encore dans la tumeur qui fait l'objet de l'observation précédente, la présence de trois kystes volumineux.

Obs. XIII. — *Fibrome de la fesse et de la grande lèvre gauche.* (Churchill. *Maladies de la femme.*)

La malade était une fille de 25 ans, bien portante. Elle attribuait à une chute l'origine de sa tumeur qui s'étendait de la partie postérieure de la fesse gauche à la partie inférieure de la grande lèvre correspondante. Le vagin et le rectum étaient envahis. La tumeur était très solidement insérée sur les os du bassin au moyen de ligaments fibreux, principalement au niveau du pubis et de l'ischion. Elle envoyait une ramification derrière la symphyse et le long des parois latérales de la vessie. Douleurs dans les reins, irritation de vessie et dans les derniers temps rétention d'urine, oblitération douloureuse du vagin et gêne dans la défecation. Peau normale et glissant sur la tumeur, la-

quelle était irrégulière, lobulée et pesait 3 livres, sensation d'élacticité et de fausse fluctuation.

Opération. — Mort par suite de péritonite cinq jours après, bien que le péritoine n'eût pas été atteint pendant l'opération.

L'examen microscopique montre que la tumeur était formée de fibres très fines étroitement enlacées les unes avec les autres, quelques-unes plus courtes comme disposées à s'enrouler, d'autres minces et droites, comme interrompues par des nœuds. En somme, texture généralement uniforme, à l'exception de quelques portions beaucoup plus compactes et plus résistantes. »

Obs. XIV. — *Enorme fibrome éléphantiasique* (Molluscum) *de la grande lèvre. Considérations sur la structure et la pathogénie de cette tumeur.* Par MM. Lagrange et H. Duret. internes des hôpitaux. (*Bulletin de la Société Anatomique*, 1873.) (Résumé.)

Le 15 juin 1873, une femme nommée Laurembert, âgée de 35 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Duplay, suppléé par M. Ledentu) salle Sainte-Marthe, n° 6. Cette malade a eu 7 enfants, dont le dernier il y a un mois. Elle a vu apparaître, il y a 5 ans environ, une petite tumeur au niveau de la grande lèvre droite. Cette tumeur qui ne la gênait en rien a grossi insensiblement de façon à atteindre avant sa dernière couche, environ la grosseur du poing. Elle n'en a jamais souffert, pour ainsi dire; de temps à autre, *elle accuse quelques petites poussées inflammatioires avec un léger engorgement ganglionnaires à l'aîne droite ;* mais elle dit en même temps que ces phénomènes cédaient en 24 heures. Ces poussées coïncidaient quelquefois avec l'époque des règles. Depuis l'apparition de cette grosseur, la malade a eu deux couches qui n'ont eu aucune influence sur son développement. Mais il n'en est pas de même de sa dernière grossesse. Ce n'est qu'après son dernier accouchement qu'elle a vu sa tumeur prendre un grand et rapide développement. Actuellement, la tumeur est composée d'un certain nombre de lobes, de volumes très différents et attachés

à la grande lèvre droite par un pédicule qui n'en dépasse pas les limites. Elle descend presque jusqu'au genoux. De coloration rosée, chaude et recouverte d'une peau très fine, elle est fortement enflammée dans ses lobes inférieurs et présente là des points ulcérés, avec du tissu cellulaire sphacèlé. Dans certains points, la peau sphacélée n'est pas encore détachée.

La malade est en proie à un délire maniaque et on en obtient à grand'peine ces renseignements, qui, quant au volume minime de la tumeur au moment de son dernier accouchement, sont corroborés par la sage-femme chez laquelle elle a accouché. La température paraît très élevée, la langue est sèche, la face vultueuse.

16 Juin, matin. — On enlève la tumeur avec le bistouri. L'opération est des plus simples en raison de l'étroitesse du pédicule, qui ne dépasse pas, comme cela a été dit, les limites de la grande lèvre droite. C'est à peine si on est obligé de lier une ou deux artérioles et autant de veines. Immédiatement aprè sl'opération, 10 heures du matin, T. V. 40°, P. 160.

A midi, P. 148, T. V. 39°.

Dans l'après midi, sulfate de quinine.

Le soir à 6 heures, P. 140°, T. V. 37° 8.

La température varie les jours suivants entre 37° 2, 38° 4, 38° 1.

La malade est persuadée qu'elle n'est pas opérée ; elle redoute l'extirpation de sa tumeur et on est obligé de la surveiller attentivement pour l'empêcher de se jeter par la fenêtre. Elle refuse même de manger et ce n'est qu'à grand'peine qu'on parvient à lui faire prendre quelques aliments.

Le 26 juin, la plaie est on bon état, le pouls et la température sont normaux, les instants lucides vont se multipliant.

Le 1er juillet, guérison complète, le teint est redevenu normal, la malade se lève et jouit de son calme habituel. Plus de manie.

Examen de la tumeur. — Elle pèse environ 4 kilog. Elle est composée de 3 à 4 gros lobes dont le moins volumineux égale une tête de fœtus. En bas, elle descendait jusqu'au genou de la malade. En haut, elle s'amincissait en un pédicule qui, large de 4 à 5 centimètres, naissait exactement de la face

externe ou cutanée de la grande lèvre; la face interne ou muqueuse était complètement libre. La surface des tumeurs était lisse et rosée, elle avait un aspect muqueux. Au niveau du pédicule de ce fibrôme éléphantiasique, on voyait cinq ou six petites tumeurs grosses comme un œuf de pigeon, à pédicules plus larges, relativement à leur volume; et entre celles-ci, une dizaine de petites tumeurs, plus petites encore du volume d'un grain de chevrotine ou de plomb de chasse, assises sur une base encore plus large.

La structure de la grosse tumeur, des moyennes et des petites, doit-être considérée isolément.

I. La grosse tumeur offrait à la coupe un tissu infiltré d'une sérosité citrine. On pouvait par la pression exprimer complétement le liquide contenu; celui-ci mis dans un tube en verre se prit en un caillot fibrineux par le refroidissement. C'était bien de la *fibrine*. Elle se dissolvait après s'être gonflée dans l'acide acétique, et le microscope en montrait les filaments entre les faisceaux du tissu conjonctif.

Il ne s'agit donc pas là d'un œdème ordinaire, puisque le liquide renferme non de l'albumine, mais de la fibrine. Et comme cette fibrine existe dans les petites tumeurs et dans les points où il n'y a pas eu d'inflammation, il est naturel de penser que la présence de la fibrine ne saurait-être attribuée à l'inflammation. Comment admettre d'ailleurs qu'une tumeur de pareil volume puisse s'enflammer dans sa totalité.

Après l'expression du liquide, ls tissu de la grosse tumeur revenait sur lui-même et avait l'aspect d'un tissu fibreux, feutré, à fibres très-laches.

Sur les coupes histologiques, on voit un tissu fibreux dont les faisceaux sont pour la plupart dans un état de division extrême, infiltré de liquide fibrineux et d'une quantité prodigieuse de leucocytes, lesquels existaient abondamment aussi dans les petites tumeurs.

Les parties constituantes de la peau, se présentent à ce niveau avec l'aspect suivant : l'épiderme et la couche muqueuse de Malpighi ont augmenté d'épaisseur; les pupilles sont dilatées à leur base et font à peine saillie, de sorte que l'épiderme forme

un revêtement uniforme à la surface de la tumeur, quant au derme, il ne forme plus une couche distincte; le tissu fibreux divisé que nous venons de décrire comme constituant la masse de la tumeur, commence aussitôt au-dessous de l'épiderme. En d'autres termes, le derme lui-même, dissocié et épaissi, fait partie de la tumeur et se confond avec elle. On constate encore dans cette tumeur des vaisseaux capillaires énormément dilatés et dont les parois sont entourées de leucocytes.

II. *Tumeurs de moyen volume.* Leur surface cutanée est blanchâtre, ridée, chagrinée, elle présente des saillies et des sillons très profonds. En un mot, elle ressemble beaucoup au zeste d'une orange : c'est la peau d'un éléphant en miniature. Sur des coupes histologiques, on voit que l'épiderme et la couche de de Malpighi ont atteint un volume considérable, et que les papilles très-petites sont en très-grand nombre. On peut reconnaître du reste que cette multiplication des papilles est due à la division des anciennes. Le derme, comme tout a l'heure, dans la grosse tumeur, ne forme plus une couche distincte. Tout le reste de la tumeur est formé de faisceaux fibreux assez considérables comme volume, mais aussi assez lâches à la périphérie, tandis qu'au centre, ils sont plus condensés. C'est en effet au *centre* qu'on rencontre un ou plusieurs *follicules pileux avec leur poils énormément hypertrophiés.*

En quoi consiste cette hypertrophie? 1° la paroi folliculaire, au lieu d'être formée par un repli uniforme de la couche muqueuse de Malpighi, et d'une partie du derme subjacent, présente dans toute son étendue une série de petites papilles très nombreuses, qu'on voit très-bien sur des coupes longitudinales et transversales. Dans ce dernier cas, elles forment une collerette festonnée autour du follicule. La couche épithéliale elle-même du follicule est considérablement augmentée d'épaisseur.

2° Gaine propre du follicule hypertrophiée.

3° Cellules de la moëlle très-multipliées.

4° La papille qui supporte le poil est généralement volumineuse et divisée en plusieurs papilles secondaires. Son épithélium est doublé de volume et son tissu conjonctif formé de faisceaux fibreux considérables.

5° Tout autour du poil, *série de cercles d'un tissu fibreux très-condensé et des capillaires dilatés ; Dilatation ampullaire.* Plus loin le tissu est plus lâche.

6° Glandes sébacées atrophiées. Les glandes sudoripares présentent au contraire des dilatations inégales.

7° Le tissu adipeux sous-cutané n'existe plus en ce point.

III. Les petites tumeurs ont en petit la structure des moyennes. On ne voit pas encore de papilles dans les parois des follicules en voie d'hypertrophie, maison y observe des cercles de sclérose et parfois aussi des nids de noyaux embryonnaires, traces du processus histogénique. Dans ces cercles, on remarqne déjà des capillaires énormes et très-nombreux, présentant parfois des dilatations ampullaires. Un peu plus loin du follicule pileux, on peut voir à l'œil nu d'autres vaisseaux de calibre assez fort, à paroi exclusivement formée d'une couche endothéliale, qui sont des capillaires limphatiques dilatés. Outre ces deux ordres de vaisseaux, on en voit d'autres au contraire, très-réguliers dans leur calibre, qui présentent un épaississement scléreux très-considérable de leur tunique externe. Cette tunique, qui sur les vaisseaux de ce calibre, offre en général un aspect feutré et assez lâche est ici formée de faisceaux très-épais, disposés en cercles autour du vaisseau. Cette disposition serait la preuve d'un processus chronique.

IV. — La peau de la grande lèvre présente les traces d'un processus plus aigu, localisé en petits foyers, surtout au voisinage des follicules pileux : Cellules embryonnaires en quantité ; dilations vasculaires et manchons de leucocytes autour des vaisseaux. En résumé, il y a dans la peau de la grande lèvre une hypertrophie, et, si l'on veut, une dermite chronique.

V. *Pathogénie.* — Les auteurs allemands, Virchow, Rindfleich, nous apprennent qu'on voit souvent dans les pays chauds des individus porteurs de ces sortes de tumeurs. Elles sont généralement précédées de poussées inflammatoires aiguës, eczémateuses ou érésypélateuses. Elles sont de courte durée, mais fréquemment répétées. A la suite de celles-ci, on voit souvent survenir d'abord une hypertrophie locale de la peau, puis des saillies

verruqueuses, enfin une tumeur qui peu à peu se pédiculise et finit par atteindre un volume considérable. Nous croyons que le cas que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique, établit nettement le processus.

En effet, la malade a eu parfois des poussées, des rougeurs, qui duraient 24 ou 48 heures. La grande lèvre droite est devenue d'abord plus grosse que celle du côté opposé. Puis, une petite tumeur est apparue, est devenue grosse comme le poing dans l'espace d'environ deux ans, pour atteindre après un accouchement, le volume d'une tête d'adulte.

Histologiquement, que voit-on? D'abord inflammation chronique de la peau, localisée surtout au voisinage des follicules pileux, tiraillés, irrités probablement par les frottements. Puis les vaisseaux voisins se prennent. Le processus étant lent, le tissu s'organise, devient scléreux, et rétractile comme le tissu cicatriciel, d'où les plis de la peau, les sillons, l'aspect éléphantiasique ; par suite de cette sclérose, qui atteint la paroi des vaisseaux, il y a une gêne de la circulation, et surtout de la circulation lymphatique, d'où œdème, et infiltration du tissu par un liquide coagulable, rempli de cellules lymphoïdes.

Mais, si ce processus explique facilement l'hypertrophie éléphantiasique de la peau, donne-t-il la raison de la formation d'une tumeur, du fibrôme éléphantiasique ?

Les auteurs essayent de l'expliquer en établissant que le point de départ de l'inflammation, dans toutes les tumeurs a été le follicule pileux. Ils reviennent sur le processus précédemment décrit et montrent comment du follicule pileux, l'inflammation s'est chroniquement étendue aux parties voisines, vaisseaux lymphatiques, etc. Comment l'infiltration et l'œdème ont succédé, à une époque déjà avancée et après accouchement, aux lésions précédentes. Ils avouent toutefois que ces explications ne leur paraissent pas à eux-mêmes absolument satisfaisantes et ils terminent en déclarant que leurs connaissances ne sont pas assez étendues pour leur permettre de généraliser davantage.

Cette observation, si complète pourtant et si instruc-

tive à tous égards, n'aurait peut-être pas trouvé place ici, si nous n'avions voulu l'utiliser pour montrer un exemple frappant de la confusion qui a longtemps régné, sinon dans les esprits, du moins dans le langage scientifique, à propos des tumeurs des grandes lèvres. Ainsi, l'affection qué décrivent si excellemment MM. Lagrange et Duret, est évidemment à leurs yeux de nature éléphantiasique. Ils en sont convaincus et toute leur observation n'est qu'un long plaidoyer ayant pour but de faire entrer cette conviction dans l'esprit du lecteur. Qu'on relise notamment le paragraphe intitulé *Pathogénie.* « Les auteurs allemands, écrivent-ils, Virchow et Rindfleich, nous apprennent qu'on voit souvent dans les pays chauds des individus porteurs de ces sortes de tumeurs. » Suit, esquissé à larges traits, le tableau symptomatique de l'éléphantiasis, puis la conclusion, qui ne saurait laisser subsister aucun doute : « Nous croyons que le cas que nous avons l'honneur de soumettre à la Société anatomique établit nettement le processus. »

Or, qu'on veuille bien mettre en regard de cette conclusion, si nette, si catégorique et tout à la fois, si logiquement établie, le titre de l'observation. Il est ainsi conçu :

Enorme fibrome éléphantiasique (Molluscum) de la grande lèvre.

Nous n'avons pas besoin, croyons-nous, de faire ressortir la contradiction, elle est éclatante.

En revanche, M. Bourguet intitule son observation, (Observation XII,) sur laquelle nous avions promis de revenir :

Elephantiasis très volumineux de la vulve.

Et décrit sous ce titre une tumeur qui n'a jamais pré-

senté, le volume excepté, aucun des caractères cliniques de l'éléphantiasis. « La maladie, écrit M. Bourguet, a débuté par une petite tumeur dure, du volume d'une noisette, » (par conséquent, nettement circonscrite.) « Il n'y a jamais eu ni douleurs ni élancements, elle n'a jamais été le siège ni d'érysipèles ni d'inflammations érythémateuses. Le développement s'est fait, (non par poussées successives) mais lentement et d'une manière continue, etc., etc. »

M. Bourguet, en un mot, semble prendre à tâche d'accumuler les preuves qu'il s'agit de toute autre chose que d'un éléphantiasis.

Il faudrait donc transporter à l'observation de MM. Lagrange et Duret le titre de l'observation de M. Bourguet, et intituler celle-ci :

Fibrome périostéique de la grande lèvre.

Obs. XV. — *Fibrôme du ligament rond.* Thèse de M. Aumoine, (1876). Résumé.

Mme M..., âgée de 26 ans, entre dans le service de M. Verneuil, au mois de février 1876. Elle porte dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'une voix, qui s'est développée lentement, à la suite d'un accouchement. Elle est mobile sous la peau, aplatie, bosselée, très dure, irriductible, et siège au niveau de l'orifice externe du canal inguinal.

Quelques douleurs, surtout au moment des règles.

Diagnostic incertain.

L'extirpation est résolue.

Il s'agissait d'un tumeur pédiculée, légèrement infiltrée de sérosité et ayant pour point de départ un des prolongements fibreux du ligament rond.

L'opération n'eut pas de suites fâcheuses.

Examinée au microscope, par M. le Dr Nepveu, la tumeur offrait tous les caractères d'un fibrôme pur : trame dense et

serrée, sérosité facilement exprimable à la pression; cellules fusiformes minces et étroites, fibrilles conjonctives en faisceaux irréguliers ou ramassées en tourbillons. Tels sont ses principaux caractères.

Obs. XVI. — *Molluscum pendulum de la grande lèvre gauche* (Fibro-myôme.) Par M. Challand. (*Bulletin de la Société d'Anatomie,* 1871.)

Une jeune dame d'environ 25 ans, de la clientèle de M. Trélat, bien constituée, de bonne santé, n'ayant jamais eu la moindre affection vénérienne, s'est aperçue, il y a deux ans, d'un petit bouton à la partie supérieure et externe de la grande lèvre gauche. Resté pendant longtemps stationnaire, ce bouton a pris dans ces derniers temps un développement assez rapide, et, quoiqu'il soit indolent, et peu gênant, la malade désire en être débarrassée.

L'opération est faite à l'aide de l'écraseur, il s'écoule un peu de sang.

La tumeur a la forme d'un ovoïde très allongé et un peu aplati, elle présente à sa plus petite extrémité une petite plaie de 3 à 4 millim. de diamètre, à la surface de laquelle on reconnaît des vaisseaux sectionnés. C'était par là que la tumeur s'implantait sur la grande lèvre. Elle mesure cinq centimètres de long, 2 de large à sa partie moyenne, un et demi d'épaisseur au même niveau.

La surface est ridée ; on y remarque quelques poils rares et volumineux, mais seulement à la partie supérieure. La couleur est d'un brun assez foncé. Au toucher, elle est molle, flasque, et donne quand on la presse entre les doigts la sensation d'une poche vide. A la partie supérieure, on sent à l'intérieur de la tumeur un petit corps allongé et dur dont nous connaîtrons plus loin la nature.

Un phénomène curieux que présentait encore la tumeur, 3 ou 4 heures encore après avoir été enlevée, c'était, lorsqu'on l'excitait des contractions lentes et vermiculaires, analogues à celles du scrotum. Du reste, en raison de ce fait ainsi que des autres

caractères qu'elle offrait à la vue et au toucher, ne peut-on mieux comparer la tumeur qu'à un scrotum vide de testicule.

A la coupe, pas de trace de cavité : tissu d'apparence fibreuse, plus dense à la périphérie. Il s'écoule un peu de sérosité claire et une petite quantité de sang. Les vaisseaux sont en effet assez abondants, surtout à la partie inférieure. On ignore si la tumeur se congestionnait et avait des apparences d'érection.

Quand au petit corps dur, révélé par le toucher, il est constitué par 3 follicules pileux accolés et formant par leur réunion un petit cylindre de plus de 5 millimètres de long, sur 1 centimètre 1/2 de large. Par une de ses extrémités, il adhère à la peau qui présente en ce point une légère dépression, mais pas d'ouverture : par l'autre, il est libre, à l'intérieur de la tumeur les poils de l'extrémité supérieure, ainsi que leurs follicules sont hypertrophiés ; on en voit plusieurs accolés deux à deux.

Au microscope (Examen fait par M. Malassez) sur une coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur, on trouve de dehors en dedans : tout d'abord la couche épidermique mesurant 1 à 2 dixièmes de millimètre : quelques cellules épithéliales sont devenues vésiculeuses et celles qui occupent la couche profonde sont chargées de granulations pigmentaire.

Au-dessous, tissu analogue à celui du derme présentant à sa partie supérieure des papilles de 50 μ de hauteur et, se continuant inférieurement avec le reste de la tumeur, dont la structure est la même ; faisceau de fibrilles conjonctives augmentant de volume, de la surface vers la profondeur et partout extrêmement ondulées.

Entre et autour de ces faisceaux, rampent un grand nombre de fibres élastiques, tantôt irrégulièrement disséminées, tantôt disposées plus ou moins parallèlement les unes par rapport aux autres.

L'acide acétique fait apparaître des cellules conjonctives d'apparence normale ; en certains points, principalement autour des vaisseaux et à la partie inférieure, elles sont plus nombreuses, plus petites et se rapprochent comme aspect des cellules embryonnaires ; il y a évidemment là un travail d'hyperplasie.

Enfin, il existe des faisceaux de fibres musculaires lisses,

faisceaux peu nombreux, occupant seulement la partie profonde de la tumeur, au-dessus du derme, soit au niveau des follicules, soit au voisinage des grosses veines.

Pas de fibres lisses disséminées.

Vaisseaux capillaires assez abondants, et veines également très-nombreuses au-dessous du derme.

Les follicules pileux, sont hypertrophiés, ainsi que les poils arrêtés dans les follicules : les glandes sébacées sont au contraire peu développées. Pas de traces de glandes sudoripares.

Quel nom donner à cette tumeur ? Ce qui prédomine est évidemment le tissu fibreux, mais ce qui lui donne son cachet tout particulier;ce sont les fibres musculaires lisses ; il y a bien dans la partie supérieure de la tumeur, hypertrophie des poils et des follicules pileux et dans les parties inférieures un développement vasculaire assez considérable ; mais, ce sont, dans l'espèce des faits moins importants ; aussi, nous pensons que la tumeur doit être dite un *fibro-myôme*.

Obs. XVII. — *Fibro-myôme de la grande lèvre,* par Marcano, interne des hôpitaux. (*Bulletin de la Société d'Anatomie* 1873).

X.., agée de 25 ans, entre à la Maison de Santé, service de M. Demarquay, pour une tumeur de la grande lèvre gauche. Cette tumeur occupe la partie supérieure de la grande lèvre, et proémine à la partie inférieure de la fesse. Le toucher rectal montre qu'elle envoie un prolongement à sa partie supérieure, mais il est impossible d'en préciser l'étendue. Cette tumeur a débuté en 1869. Sa marche fut très lente au commencement, mais suivit, après la guerre un développement très rapide. Elle a le volume d'une grosse orange, dure, non adhérente à la peau, et mobile à sa partie inférieure. Pas de symptômes éloignés, ni généraux, ni d'infection ganglionnaire.

2 mai. — Opération. L'extirpation et l'énucléation sont assez faciles, mais une fois qu'on arrive à l'extremité supérieure, la dissection devient laborieuse, car la tumeur s'enfonce entre le rectum et le vagin. On finit cependant par l'en séparer sans toucher à aucun de ces deux organes.

21 mai. — La malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Examen anatomique. — Tumeur de forme ovoïde, recouverte d'une enveloppe solide. La coupe présente un aspect changeant : ici des ilots arrondis, incolores, comme transparents, ou bien gris ou d'un gris rougeâtre ; correspondant à la coupe transversale des faisceaux fibreux ; là, des portions établies, irrégulières, allongées, plus blanches, brillantes, presque nacrées, suivant la coupe longitudinale des faisceaux.

Au microscope, on distingue trois sortes d'éléments principaux :

1° Des faisceaux de fibres de tissu conjonctif dirigés en tous sens, faisant de nombreuses sinuosités ; on voit immédiatement les unes à côté des autres des coupes longitudinales et transversales de faisceaux fibreux ;

2° Des cellules plates du tissu conjonctif appliquées contre le tissu fibreux. Dans certains points ces cellules accumulées en amas considérables indiquent une prolifération abondante ; elles sont reconnaissables à leur contenu granuleux, etc.

3° Des fibres-cellules ou fibres musculaires lisses généralement isolées, non réunies en faisceaux proprement dits, mais rassemblés quelquefois en nombre considérable sur le même point, à direction très variée, parallèles ou perpendiculaires au trajet des faisceaux fibreux.

4° De nombreux vaisseaux ayant une paroi à structure généralement veineuse.

Les caractères précédents rangent cette tumeur dans la classe des fibro-myomes.

En raison de leur siège à la partie supérieure de la grande lèvre, il serait permis de penser que les tumeurs dont il est question dans les deux observations qui précèdent appartiennent au ligament rond. Pour l'Observation XVI, toutefois, un examen plus attentif fait rejeter cette hypothèse. Elle a pour siège en effet le derme de la région et comprend en même temps le tissu cellulaire sous-cutané. Les fibres musculaires lisses occupant en faisceaux peu nombreux la face profonde de la tumeur

au-dessous du derme, résultent évidemment de l'hyperplasie des éléments de la couche musculaire signalée en ce point par M. Sappey.

S'agit-il dans le second cas d'une tumeur semblable? Evidemment non, puisqu'elle n'est même pas adhérente à la peau et qu'elle s'enfonce à sa partie supérieure entre le rectum et le vagin. Il nous paraît donc plus rationnel d'admettre qu'elle a eu pour point de départ la paroi de l'un ou l'autre de ces organes, et qu'elle est venue ensuite, assez tardivement, selon tout apparence, faire saillie sous les téguments de la grande lèvre.

ÉTIOLOGIE

Seules parmi ces tumeurs, le fibrome papillaire et le molluscum généralisé peuvent être parfois congénitales.

Le molluscum isolé, le condylome lui-même et toutes les autres variétés de fibromes que nous avons décrites, apparaissent le plus souvent, on pourrait peut-être écrire toujours, pendant la période d'activité fonctionnelle des organes génitaux.

Leur plus grande fréquence est entre dix-sept et vingt-cinq ans.

Ce fait rapproché de l'influence nettement constatée de la menstruation et de la grossesse sur le volume et la marche de ces tumeurs nous semble justifier un essai de pathogénie.

Il est hors de doute que les grandes lèvres sont comprises dans ce qu'on peut appeler la sphère d'activité génitale. Les congestions cataméniales et les congestions de la grossesse ont sur elles un retentissement direct, immédiat. Pour mieux dire, elles participent à ces congestions, leur circulation est-elle même exagérée et (sans parler de l'état de grossesse où le fait est constant), on sait que chez certaines femmes, à chaque époque menstruelle, elles présentent même un certain degré d'œdème. Si l'on réfléchit que l'apparition de nos tumeurs coïncide fréquemment avec l'établissement des règles, n'est-il pas

permis de voir dans l'hypernutrition et dans l'infiitration œdémateuse dont la région est le siège, le point de départ de ces productions? Ces phénomènes nouveaux surprennent pour ainsi dire les tissus, ceux-ci en reçoivent une irritation plus ou moins vive, qui jointe à l'apport nutritif exagéré et sans doute aussi à une certaine prédisposition individuelle, détermine ainsi qu'il est habituel en de telles circonstances, l'hypertrophie d'abord, l'hyperplasie ensuite, des éléments fibreux de la région.

C'est par le même mécanisme que l'apparition d'une grossesse imprime aux tumeurs déjà existantes, et dont jusqu'alors l'accroissement s'était fait lentement et progressivement, une marche tout à coup plus rapide. Parfois aussi le volume n'augmente qu'en raison de l'œdème plus considérable dont les tumeurs sont alors le siège, et elles reviennent après l'accouchement à leur volume primitif.

Cette théorie recevrait en quelque sorte confirmation de ce fait que nous avons relevé au cours de nos observations, à savoir, que trois fois seulement (Obs. IV et VI) la profession des malades a été notée, et que dans les trois cas il s'agissait de blanchisseuses.

On sait en effet combien sont fréquentes chez les femmes qui exercent cette profession, les déviations et par conséquent les congestions et inflammations de l'utérus. Les trois cas en question rentreraient donc, si notre théorie est exacte, dans la catégorie des tumeurs de cause utérine. Nous appelons sur ce point l'attention des observateurs. Il est à souhaiter en effet que des faits nouveaux et bien étudiés viennent démontrer, soit l'exactitude, soit la fausseté de la théorie que nous venons d'émettre, théorie qui paraît confirmée et qui est aujour-

d'hui généralement admise pour ce qui concerne les tumeurs analogues de l'utérus lui-même.

Avons-nous besoin d'ajouter que notre hypothèse s'applique à plus forte raison aux tumeurs du ligament rond, dont la circulation se relie plus directement encore que celle des grandes lèvres, à la circulation utérine?

Deux de nos tumeurs ont eu pour point de départ, un traumatisme.

Dans l'Observation V, il y a eu plaie; dans l'Observation XIII, c'est à une chute que la malade attribue le développement de sa tumeur, sans préciser autrement. Il en est ainsi de presque toutes les tumeurs; les malades n'admettent pas qu'elles puissent apparaître spontanément, sans une cause déterminante matérielle et tangible. Il faudra donc se tenir en garde contre leurs affirmations et se défier des chutes et des coups incriminés. Quand le fait sera bien établi, néanmoins il sera permis d'admettre dans une certaine mesure l'influence du traumatisme sur le développement de la tumeur.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses est la même dans la région qui nous occupe que dans toutes les autres parties du corps.

Nous nous bornons donc à donner une idée générale de la structure de ces tumeurs, nous réservant d'insister d'une manière toute spéciale sur les particularités inhérentes à la région et sur le siège anatomique qui doit être assigné à chaque variété.

Structure. — Ces productions sont essentiellement composées par une masse fondamentale fibrillaire, des éléments cellulaires et des vaisseaux.

La substance fondamentale apparaît sur une coupe fine et mince, sous la forme de faisceaux de fibres qui s'entrecroisent dans diverses directions, comme dans le derme, les uns suivant leur longueur, les autres suivant leur section transversale, ou qui sont disposés en cercle autour de plusieurs centres qui ne sont que des vaisseaux oblitérés ou des nerfs plus ou moins complètement détruits.

Les cellules sont : les unes petites, arrondies, munies de noyaux brillants, les autres allongées, fusiformes ou étoilées. Ces dernières tapissent les faisceaux fibreux. Enfin, on rencontre parfois des petits foyers arrondis

d'éléments embryonnaires, enchâssés par-ci par-là entre les faisceaux fibreux. Ces éléments ne sont vraisemblablement qu'une forme transitoire (Obs. XVI).

La vascularité est variable. Dans certains cas, les artères et les veines confondent leurs parois avec le tissu de la tumeur, souvent elles n'ont pas de tunique adventice; aussi, si elles viennent à être entamées par une blessure, il en résulte parfois des hémorhagies graves. Malgaigne (1) en rapporte deux cas. La première fois, l'hémorhagie suivit l'extirpation de la tumeur.

Dans le second cas, deux hémorhagies ayant mis la vie de la femme en danger, avaient précédé l'extirpation de la tumeur, laquelle en détermina une troisième non moins grave que les précédentes. « Dans ces deux cas, ajoute l'éminent chirurgien, le sang ne venait d'aucune artère, ni même dans le mien, d'aucun tronc veineux appréciable; tout donnait à la fois, comme si j'eusse divisé un tissu érectile, il y a donc là une disposition spéciale du systême vasculaire qui a échappé aux anatomistes, mais qui ne saurait sans péril être méconnue par les chirurgiens. » Cette disposition spéciale est aujourd'hui connue. Il est remarquable toutefois que dans le nombre considérable d'observations que nous publions, il ne se rencontre qu'un seul cas où l'hémorhagies ait été signalée (Obs. VII). Encore cette hémorhagie ne semble-t-elle pas avoir présenté une bien grande gravité.

Eléments associés. — On a signalé dans un assez grand nombre de cas la présence concomitante des fibres musculaires lisses (Obs. XVI et XVII), en assez grande quan-

(1) *Anat. path.*, 1859, t. II.

tité pour que les tumeurs aient paru mériter le nom de *fibro-myomes.* Telle serait assez communément la composition des tumeurs du ligament rond.

La présence des fibres élastiques est signalée dans l'Observation XI.

Souvent enfin, la tumeur renferme des follicules pileux hypertrophiés (Obs. XVI).

Quant au cas dit *fibro-lipome* que nous avons rapporté, il n'est pas assez probant pour que nous puissions nous prononcer en connaissance de cause sur sa valeur exacte. Peut-être sommes-nous en présence d'une métamorphose graisseuse partielle.

Nous n'avons rencontré nulle part dans nos observations, ni la *transformation calcaire*, ni l'*ossification*, ni l'*inflammation* dont les fibromes peuvent être le siège.

Peut-être, les trois cavités kystiques signalées dans notre Observation XII, pourraient-elles être considérées comme résultant d'un commencement de transformation ou *dégénérescence muqueuse.* Ajoutons que M. Marfan considère l'Observation XIV comme appartenant à un cas de *molluscum enflammé.* Nous avons donné les raisons pour lesquelles nous ne saurions partager cette manière de voir.

Infiltration. — Une des modifications les plus intéressantes est due à l'infiltration des tumeurs par une sérosité citrine. Dans aucune région peut-être, cette infiltration n'a été rencontrée aussi fréquemment ni en aussi grande abondance. Presque toutes nos observations constatent le fait. La quantité du liquide infiltré n'est pas toujours constante. Nous la voyons augmenter tantôt sous l'influence de la grossesse, tantôt sous l'influence

de la menstruation. Ce liquide est coagulable par l'acide nitrique, c'est-à-dire albumineux.

Il est ordinairement diffus et à peu près également réparti dans toute l'étendue de la tumeur et parfois, non seulement entre les mailles du tissu, mais dans l'épaisseur même des éléments qu'il infiltre, gonfle et ramollit.

Une fois, nous l'avons trouvé collecté à la base de la tumeur dans des espèces de petites vésicules (Observ. X) et nous venons de voir que dans le cas de l'observation XII, on avait constaté l'existence de trois cavités kystiques.

Siège : 1° *Fibrome dermoïde ou molluscum.* — Les différents auteurs qui ont écrit sur la matière sont loin de s'entendre sur la véritable origine de ces tumeurs. M. Verneuil, dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, fait du *molluscum* un fibrome dermique. Telle est aussi l'opinion de M. Heurtaux. D'un autre côté Virchow pense que dans un certain nombre de cas, le *molluscum* émane de la couche la plus externe de la peau. « Ces productious, écrit-il, touchaient presque le réseau de Malpighi, intact du reste, tandis qu'elles étaient encore séparées du tissu graisseux sous-cutané par une certaine épaisseur du derme. » Il donne même un dessin constatant cette disposition.

M. Desnos a aussi, de son côté, constaté par devant la Société des hôpitaux, qu'une de ces tumeurs fendue par le milieu, offrait la couche de Malpighi et l'épiderme pour plaies superficielles, tandis que le centre était formé par un petit corps globuleux, blanchâtre, lisse à l'intérieur, criant sous le scalpel et ayant tous les caractères histologiques du tissu fibreux.

M. Michel, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, (art. *Molluscum*) écrit ceci : « Nos dissections et celles de Dick ont prouvé que ces productions se développent souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané. Celles de Desnos, de Rindfleich, de Virchow ont mis hors de doute qu'un certain nombre d'entre elles naissent dans le corps papillaire du derme. Elles peuvent donc avoir cette double origine. » Enfin, Fagge et Howse sont d'avis qu'elles se développent aux dépens du tissu conjonctif qui entoure les follicules pileux et les glandes sébacées.

D'après ce qui précède, le *molluscum* pourrait donc avoir une triple origine. Il naîtrait, suivant les cas, ou de la couche papillaire du derme, ou de la couche profonde (réticulaire), ou enfin du tissu cellulaire sous-cutané. On pourrait, par conséquent, dans les deux premiers cas, lui donner le nom de *fibrome dermique*, et, dans le troisième cas, l'appeler *fibrome sous-cutané*. Nos observations confirment entièrement cette manière de voir, et nous ne nous croyons pas autorisé, comme le voudrait M. Marfan, à considérer le *molluscum* comme étant dans tous les cas un *fibrome papillaire*.

Fibrome aponévrotique ou capsulaire. — Nos deux observations X et XI, nous montrent deux tumeurs renfermées dans une capsule distincte à mailles larges et de consistance assez molle. Toutes deux présentent des prolongements, la première du côté de la fesse seulement, la seconde du côté du rectum et du vagin. Il est donc difficile d'établir quel a été réellement le point de départ de ces tumeurs. Il nous semble cependant que la présence de cette capsule peut nous autoriser à penser qu'au moins au niveau de la grande lèvre, elles avaient pour origine

l'une des deux lames fibreuses qui constituent avec une certaine quantité de fibres élastiques le sac dartoïque de Broca, soit, très probablement le feuillet profond aponévrotique du fascia superficialis, soit l'aponévrose périnéale superficielle. La présence dans le second cas des fibres élastiques et la densité du tissu de la tumeur peuvent encore être invoquées en faveur de cette opinion.

Fibrome périostéique. — Les observations XII et XIII ont trait à des tumeurs à prolongements multiples et solidement insérées sur les os du bassin par des ligaments fibreux. La première tumeur (Observ. XII) a débuté dans l'épaisseur de la grande lèvre et, d'après sa consistance, semblerait avoir été d'abord aponévrotique. Elle a envahi progressivement les tissus voisins, contracté des adhérences avec le vagin, la vessie, le rectum et l'ischion, au niveau duquel la section du tissu fut extrêmement laborieuse.

Dans l'Observation XIII, le point de départ de la tumeur est nettement indiqué : C'est le périoste du pubis et de l'ischion. Elle adhère plus tard à la symphyse pubienne et à la vessie. La consistance el la densité du tissu sont caractéristiques.

Fibrome du ligament rond. — Il ne présente de particulier que son siège à la partie supérieure de la grande lèvre, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Il occupe le sac dartoïque de Broca.

Fibro-myome. — Les fibres musculaires lisses ne sont pas en grande abondance. Elles peuvent être fournies soit par la couche musculaire signalée par M. Sappey au-dessous de la peau de la grande lèvre, soit par les parois

du vagin, soit enfin par le ligament rond. D'après MM. Aumoine et Duplay, cette dernière origine se rencontrerait fréquemment. Nos deux observations XVI et XVII paraissent cependant plutôt appartenir aux deux premières variétés.

Téguments. — D'une manière générale, on peut dire que l'épiderme ou la peau (quand c'est la peau toute entière) qui recouvre la surface de la tumeur, sont toujours sains. Toutes les fois, en effet, qu'une ulcération ou même un point gangréneux ont été signalés, les auteurs ont pris grand soin de noter que ces lésions étaient dues aux frottements répétés auxquels la tumeur était exposée. En outre, ces ulcérations n'ont pas la marche envahissante des ulcérations de mauvaise nature, et restent limitées aux points soumis aux frottements. Dans tout le reste de son étendue, la couche épidermique présente les caractères normaux.

Ainsi donc, l'épaisseur du ligament rond, le périoste, les aponévroses le tissu cellulaire sous-cutané, et les deux couches du derme, peuvent séparément donner naissance à des tumeurs fibreuses. Toutefois, la ligne de démarcation n'est pas toujours très nette, ainsi qu'il est facile de le concevoir. Tandis, en effet, que telle tumeur exactement circonscrite, n'intéressera, par exemple, que la couche papillaire du derme, d'autres occuperont tout à la fois et cette couche elle-même et la couche réticulaire et même le tissu cellulaire sous-cutané. De même, une tumeur ayant son point de départ dans une des lames aponévrotiques de la région, pourra contracter cependant des adhérences soit avec le périoste, soit avec les organes voisins, vagin, vessie, rectum, etc. C'est dire assez

que l'origine des tumeurs en question n'est pas toujours parfaitement bien déterminée et qu'il se rencontrera un certain nombre de cas où il sera difficile de les classer exactement.

Nous devions faire ces réserves, pour que la classification des tumeurs fibreuses des grandes lèvres, que nous donnons plus loin, pût être interprétée à sa juste valeur.

SYMPTOMES

Les tumeurs fibreuses des grandes lèvres sont des productions indolentes, sans retentissement ni sur le système ganglionnaire du voisinage, ni sur la santé générale.

Leur volume, variable depuis la grosseur d'une noisette jusqu'aux dimensions d'une tête d'adulte et plus, s'accroît en général d'une manière lente et progressive. Nous avons vu cependant que la menstruation et la grossesse pouvaient imprimer parfois à leur développement une impulsion plus rapide. Elles se présentent le plus souvent sous l'aspect de masses arrondies, pyriformes, à lobulations plus ou moins nombreuses, supportées par un pédicule commun.

Leur consistance varie en raison de leur origine et du degré d'infiltration.

Flasques et molles dans certains cas, elles offrent en d'autres circonstances, une sensation de fluctuation et par fois une dureté et une résistance considérables, soit dans toute leur étendue, soit, plus fréquemment, dans certaines parties seulement. Toutefois, si compacte et si dense que soit leur tissu, la dureté et la résistance ne sont jamais absolues, et elles conservent toujours un certain degré de mollesse ou plutôt d'empâtement.

La plupart du temps, elles se meuvent avec une assez grande facilité sur les parties voisines. Celles qui naissent du périoste font exception à cette règle. A leur sur-

face, la peau est presque toujours saine, du moins dans les premiers temps qui suivent l'apparition de la tumeur. Plus tard, elle est souvent épaissie, et, par suite du poids et du volume exagéré de la tumeur et des frottements auxquels elle est exposée, elle peut s'enflammer et s'ulcérer. Nous ne voyons pas que ces ulcérations aient, en aucun cas, présenté des inconvénients graves. Il est bon d'être prévenu pourtant, qu'il n'en est pas toujours de même, et qu'en d'autres endroits, les douleurs qui accompagnent l'inflammation ulcérative, jointes à l'écoulement du pus ou de la sérosité, ont pu déterminer un notable affaiblissement des forces.

Nous ne reviundrons pas sur les dangers de l'hémorrhagie dont ces tumeurs peuvent être le siège. Nous y avons insisté longuement dans notre chapitre d'anatomie pathologique. Nous signalerons seulement pour bien montrer que le chirurgien doit toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de cette redoutable complication, un cas de Birkett, rapporté par M. Heurtaux, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie.* Il s'agissait d'une grosse tumeur fibreuse appendue à la paroi antérieure de l'abdomen et profondément ulcérée dans sa surface. (La malade était une femme de 60 ans.) L'ulcération donna issue à une telle quantité de sang qu'une mort rapide en fut le résultat.

Les troubles de voisinage ne sont pas très notables, ni surtout aussi fréquents qu'on pourrait le supposer. Notre observation XIII signale des douleurs de reins, l'irritation de la vessie, puis plus tard, la rétention d'urine, l'oblitération du vagin et une certaine gêne dans la défécation.

Dans les autres cas, ce sont de légers troubles de la

miction : des besoins fréquents d'uriner, un peu de difficulté dans l'émission de l'urine. Une autre fois, (Observ. XII) en raison de la situation de la tumeur au-devant de l'urèthre, l'urine s'écoule en bavant et souille les vêtements de la malade.

DIAGNOSTIC

Fibrome papillaire. — Le diagnostic des tumeurs fibreuses entre elles est généralement facile.

On distinguera sans peine, d'après les commémoratifs et par l'examen des organes génitaux le fibrome papillaire dit vénérien, du fibrome papillaire auquel M. Marfan a donné le nom de *molluscum simplex*. Ce dernier peut être congénital, il apparaît en dehors de toute grossesse, de tout écoulement irritant des parties génitales, Il n'est, contrairement au premier, ni douloureux ni contagieux, et il ne présente pas le suintement âcre et irritant qui est pour ainsi pathognomonique des végétations.

Fibrome réticulaire et sous-cutané (*cellulaire*). — Tandis que le fibrome papillaire est toujours et nécessairement multilobé, par suite de l'hypertrophie des papilles, tandis qu'il revêt, selon les cas, tantôt l'aspect d'un chou-fleur, tantôt d'une grappe de raisin, le fibrome qui a pour point de départ, soit la couche profonde du derme, soit le tissu cellulaire sous-cutané, pourra se présenter au contraire comme une tumeur isolée, sans lobules et sans divisions appréciables. Ce sera alors une tumeur pédiculée, à surface le plus souvent ridée, molle, flasque, pendante entre les cuisses de la malade, et, présentant, au volume près, comme on l'a souvent répété tous les carac-

tères extérieurs d'un testicule déshabité. C'est un des cas les plus fréquents. D'autres fois, la masse de la tumeur sera formée d'un nombre considérable de lobes distincts implantés sur un pédicule commun. Lobulées ou non, toutes ces tumeurs dermoïdes sont la plupart du temps abondamment infiltrées ; quelques-unes peuvent, sous l'influence de la grossesse ou de la menstruation, changer momentanément de volume et nous les avons vues, dans un certain nombre de cas, acquérir des dimensions véritablement monstrueuses. C'est alors qu'elles peuvent s'ulcérer, donner lieu à des hémorrhagies et, par leur poids et leur volume, déterminer de la gêne, du malaise, une pénible sensation de pesanteur et troubler dans leurs fonctions les organes voisins.

Les fibro-myomes qui ont pour origine les fibres musculaires lisses sous-cutanées de la région, présentent cliniquement les mêmes caractères que les tumeurs que nous venons de décrire. Dans notre observation XVII, cependant, nous lisons que la tumeur qui était un fibromyome, envoyait des prolongements du côté du rectum et du côté du vagin.

Fibromes capsulaires et périostéiques. — C'est principalement la présence de prolongements pareils et d'adhérences profondes avec les organes du voisinage, qui différencient nettement des fibromes superficiels ou dermoïdes, les productions fibreuses qui reconnaissent pour origine les aponévroses ou le périoste de la région. Outre, en effet, que ces dernières doivent à cette origine dans un tissu fibreux plus dense et plus compact une consistance et une dureté particulières, elles offrent, en raison des connexions que nous venons de signaler de bien plus

grandes difficulté de diagnostic. C'est surtout en présence de pareilles tumeurs que le toucher vaginal et le toucher rectal devront être pratiqués avec le plus grand soin. Le vagin pourra être entraîné par le poids de la tumeur, l'urèthre dévié, la vessie déplacée dans une étendue considérable, le rectum plus ou moins oblitéré. Il faudra se rendre autant que possible, un compte exact de tous ces désordres, et nous avons vu par l'exemple relaté dans notre Observation XII que malgré toutes les les précautions prises il peut se rencontrer des cas où le diagnostic complet offre des difficultés pour ainsi dire insurmontables. Au reste, si nous ajoutons que ces productions apparaissent d'abord dans les parties profondes de la région, qu'elles ne font que tardivement saillie à la surface et qu'elles sont généralement fort peu mobiles sur les parties voisines, on verra qu'il est difficile de les confondre avec les autres tumeurs fibreuses que nous venons de décrire.

Il ne sera pas toujours aussi facile de distinguer si on se trouve en présence d'un fibrome purement aponévrotique ou purement périostéique. Il arrive souvent, en effet, que ces deux variétés se trouvent combinées de telle sorte qu'il est impossible de reconnaître quel a été le point de départ de la production morbide. D'ailleurs, au point de vue pratique, cette distinction n'est pas d'une très grande importance, puisque nous venons de voir que les unes et les autres présentent à peu près les mêmes caractères et surtout les mêmes complications et les mêmes dangers.

Fibromes du ligament rond. — Les fibromes et fibromyomes du ligament rond présentent ceci de particulier

qu'ils occupent d'abord la partie supérieure de la grande lèvre, pour descendre ensuite et élire domicile dans le sac dartoïque de Broca. Si, en outre, des douleurs irradiées vers le bassin et les lombes ont signalé leur apparition, si on a pu les réduire, du moins dans les premiers jours, et si enfin elles sont mobiles seulement de bas en haut et immobiles dans le sens antéro-postérieur, (où elles sont bridées fortement par les deux lames fibreuses du sac dartoïque) on ne conservera plus aucun doute sur leur origine.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous n'y insisterons pas longuement. Aussi bien, ne présente-t-il un véritable intérêt qu'en ce qui concerne les tumeurs fibreuses du ligament rond. Elles pourraient être confondues principalement avec une hernie de l'ovaire.

Mais, le volume toujours constant de l'ovaire hernié, le gonflement et les douleurs dont il sera le siège au moment des règles, la déviation de l'utérus et les troubles fonctionnels de cet organe, serviront à éclairer le diagnostic.

Les tumeurs dermoïdes pourront être confondues avec le lipome, qui présente à peu près les mêmes caractères. Nous ne voyons guère que la ponction exploratrice qui puisse permettre de faire le diagnostic. La confusion d'ailleurs sera de peu d'importance, puisque ces deux espèces de tumeurs réclament le même traitement.

Nous avons fait assez longuement, à propos de nos

Observations XIII et XIV, le diagnostic différentiel du *molluscum* et de l'*éléphantiasis*, pour ne pas être obligé d'y revenir ici.

Quant aux tumeurs fibreuses profondes et dures, elles devront être distinguées ici comme dans tout autre région, particulièrement des sarcomes, des ostéomes, des enchondromes et des gommes sous-cutanées. Pour le sarcome, le diagnostic présentera souvent de grandes difficultés.

Dans certains cas seulement, sa marche plus rapide et sa généralisation pourront dissiper l'incertitude. Les ostéomes et les enchondromes ont une dureté plus nette et plus caractéristique, mais ce seront surtout leur immobilité absolue et leur large base d'implantation qui lèveront tous les doutes.

Pour les gommes, la confusion ne saurait être que temporaire; outre, en effet, qu'elles sont mal délimitées et présentent un empâtement diffus, elles progressent assez rapidement et ne tardent pas à se ramollir et à s'ulcérer.

Parlerons-nous des tumeurs de la glande vulvo-vaginale? Et ne suffit-il pas pour les distinguer de déterminer exactement leur siège? C'est ce qu'on fera en portant l'index dans le vagin, et en appliquant le pouce à la partie inférieure et interne du pli génito-crural.

Les kystes de la région sont rares, il faudra cependant y songer. La fluctuation ne pourra servir qu'à les distinguer des tumeurs fibreuses dures. L'aspect ridé de la peau dans les tumeurs dermoïdes, leur flaccidité, enfin, dans un grand nombre de cas, leur état lobulé, seront de bons caractères différentiels.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Il y a lieu de distinguer, au point de vue du pronostic les tumeurs superficielles ou dermoïdes des tumeurs profondes qui se développent dans les aponévroses et dans le périoste.

Nous avons rapporté en effet neuf cas d'opération de tumeurs dermoïdes, et dans les neuf cas, nous voyons que les suites de l'opération furent des plus simples et que la guérison fut obtenue. Une seule fois (Obs. XVII), l'extirpation présenta quelques difficultés, et une seule fois (Obs. VI), elle fut suivie de phénomènes graves. Dans un autre cas, bien que la tumeur ait atteint des dimensions notables, la malade en est si peu incommodée, qu'elle repousse absolument toute intervention. En résumé, la marche lente du fibrome dermoïde, son entière indolence, la persistance constante, quelque soit son développement, d'un bon état général, la facilité de son extirpation et le peu de dangers qu'elle offre, enfin, l'absence de récidive, rendent le pronostic de cette variété de tumeurs extrêmement favorable. Ce qui l'assombrit un peu, c'est la possibilité des hémorrhagies; c'est que par leur poids et par leur volume, ces tumeurs peuvent gêner l'accomplissement de certaines fonctions, miction, défécation, coït; c'est enfin que dans tous les cas elles constituent une difformité des plus fâcheuses, qui

peut être pour les malades une source d'ennuis et de chagrins.

Ces dernières considérations s'appliquent également aux tumeurs dont il nous reste à parler et dont le pronostic est moins favorable. Nos Observations X et XI ont trait à ces fibromes que nous avons appelés capsulaires. Si l'extirpation du premier fut relativement facile, il n'en fut pas de même du second. La dissection fut en effet extrêmement laborieuse. La tumeur adhérait à la fois au ligament sacro-sciatique, au coccyx, au rectum et au vagin, de telle sorte qu'on ne put l'extirper entièrement et qu'on laissa l'opération inachevée en présence d'une large déchirure du rectum. Cette déchirure, toutefois, n'eut pas les suites fâcheuses qu'on aurait pu craindre, et la malade sortit guérie de l'hôpital deux mois plus tard.

L'Observation XII nous montre un cas de déchirure de la vessie pendant le cours de l'opération, déchirure qui détermina une péritonite mortelle. Enfin, l'Observation XIII nous signale trois cas où l'extirpation de tumeurs de même nature que les précédentes, fut également suivie de mort. Dans deux autres cas, la guérison aurait été obtenue. En somme, sur huit cas, nous comptons :

4 guérisons;
4 morts.

On voit combien l'opération présente plus de dangers et combien le pronostic est plus sombre que pour les tumeurs dermoïdes.

Nous ne nous faisons pas illusion sur la valeur de notre statistique. Elle est trop incomplète pour être concluante, puisqu'elle ne porte que sur huit cas, et que sur ces huit cas, nous ne possédons que quatre observations.

Il nous semble pourtant qu'il est permis d'en tirer un enseignement. Dans tous les cas dont il s'agit, les malades avaient, en raison même de son apparente bénignité, gardé leur tumeur pendant plusieurs années, et ne s'étaient décidés que tardivement à réclamer l'intervention du chirurgien. S'ils l'avaient réclamée plus tôt, n'est-on pas en droit de penser que ces prolongements et ces adhérences qui constituent tout le danger de l'opération, n'auraient pas existé, et que, par conséquent, celle-ci n'aurait pas eu les funestes résultats que nous venons de constater? Telle est notre opinion, et nous sommes convaincu qu'en présence de ces tumeurs profondes, l'indication d'intervenir est formelle, et que le chirurgien ne saurait trop se hâter d'opérer.

Au reste, nous conseillons d'enlever également avant qu'elles aient atteint des dimensions gênantes, toutes les autres variétés de tumeurs de la région. C'est mettre les malades à l'abri de toutes les complications fâcheuses que ces tumeurs sont susceptibles de présenter et particulièrement à l'abri des hémorrhagies.

A ce dernier point de vue, la présence à la surface de la tumeur d'une ulcération, nous semble constituer une indication précieuse.

Le seul procédé opératoire qui nous paraisse convenable, en raison de la vascularité de la région et souvent des tumeurs elles-mêmes, c'est l'exerèse non sanglante au moyen du thermo-cautère.

Les faits rapportés dans la *Gazette hebdomadaire* de 1874, par M. H. Petit, et relatifs à diverses tumeurs de la vulve enlevées d'après cette méthode, nous dispensent d'insister sur les incontestables avantages qu'elle présente.

La pratique chirurgicale de M. le professeur Verneuil démontre d'ailleurs suffisamment chaque jour les excellents résultats qu'on est en droit d'en attendre.

En présence des tumeurs qui nous occupent, les contre-indications relatives à la grossesse et aux divers états diathésiques nous paraissent à peu près absolues.

A moins en effet que la tumeur ne soit un obstacle pour l'accouchement, on devra attendre pour l'enlever que la femme ne soit plus sous l'influence de l'état puerpéral. De même, si la constitution est mauvaise, s'il y a par exemple du sucre ou de l'albumine dans les urines, l'opération ne devra être tentée que dans les cas extrêmes, et alors que les troubles fonctionnels graves et l'état moral de la malade la réclameront impérieusement.

Tumeurs fibreuses des grandes lèvres.

ORIGINE.	ESPÈCES.	VARIÉTÉS.	SIÈGE.
1° Nées dans les grandes lèvres.............	A. Fibromes dermoïdes..	Fibrome papillaire.........	Derme.
		Fibrome réticulaire........	
		Fibro-myome superficiel ...	
		Fibrome cellulaire.........	Tissu cellulaire sous-cutané.
	B. Tumeurs fibreuses proprement dites ou fibroïdes............	Fibrome capsulaire	Aponévroses. Sac dartoïque de Broca.
		Fibrome périostéique	Périoste du pubis et de l'ichion.
		Fibro-myome profond......	Vagin. Rectum.
2° Nées en dehors des grandes lèvres....	Mixtes : Plus souvent fibroïdes..............	Fibrome du ligament rond.	Sac dartoïque de Broca.
		Fibro-myome du ligament rond.	

CONCLUSIONS

Les tumeurs fibreuses des grandes lèvres peuvent se diviser anatomiquement, suivant le siège en plusieurs variétés (Voir le tableau ci-contre).

Les uns, et c'est le plus grand nombre, ont pour origine l'épaisseur même des grandes lèvres ; d'autres naissent dans les organes voisins et particulièrement au niveau du ligament rond et dans la paroi du vagin.

Quelle que soit leur origine elles peuvent renfermer des fibres musculaires lisses et prennent alors le nom de fibro-myomes.

Au point de vue clinique, elles constituent deux groupes nettement séparés.

Le premier comprend les tumeurs superficielles, fibromes mous ou dermoïdes. Leur marche est essentiellement bénigne ; elles ne deviennent gênantes que par leur poids et leur volume au bout d'un très long temps.

Leur pronostic est favorable.

Le second groupe comprend les fibromes profonds des aponévroses et du périoste, tumeurs à prolongements multiples, et présentant souvent des adhérences avec les organes voisins. Leur marche est également bénigne, mais ils déterminent souvent des troubles fonctionnels. Leur ablation est pleine de dangers et de difficultés et par conséquent leur pronostic infiniment plus sérieux.

On doit les enlever le plus tôt possible.

Pour les deux groupes de tumeurs, le seul traitement convenable consiste dans l'exerèse non sanglante

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dick. — *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 328.

Roché. — id. 1854, *tumeur pédiculée de la grand lèvre.*

Verneuil. — id. 1856, nos 5 et 7.

— — *Mém. de la Société de biologie*, 1855, t. II, p. 183.

Malassez. — *Bul. de la Soc. Anat.*, 1871, Molluscum.

Challand. — id. 1871, *Fibro-myome des grandes lèvres.*

Marcano. — id. 1873, id.

Lagrange et Duret. id. 1873, *Fibrome éléphantiasique.*

Monod Eug. — id. 1876, *Fibro-myome.*

Huguier. — *An. de la Soc. de chirurgie*, 1857, *tumeur pédiculée de la grande lèvre.*

Demarquay. — id. 1864, *tumeur fibro-graisseuse.*

Vanzetti. — id. 1867, p. 440.

Desnos. — *Gaz. hebd. de Paris*, 1872, p. 204.

Verneuil. — id. 1874, *tumeurs de la vulve.*

Simpson. — *British. méd. journal*, 1867.

Grim. — *Glascow méd. journal*, 1871.

Morton. — id. 1871.

Budin. — *Union méd.*, 1872.

Robin. — Thèse, 1849, *Diagn. diff. des tumeurs de l'aine.*

Humbert. — Thèse, 1851, *Tumeurs des grandes lèvres.*

Morpain. — Thèse, 1852, *Anat. et path. des grandes lèvres.*

Aumoine. — Thèse 1876, *Tumeurs solides des grandes lèvres.*

Scanzoni. — *Maladies des organes sexuels de la femme.*

Churchill. — *Maladies des femmes*, 1874.

Marfan. — *Archives de tocologie*, 1882.

DUPLAY. — *Annales de gynécologie*, 1882.

BOYER. — *Traité des maladies chirurgicales*, 1846.

VIDAL et CASSIS. — *Traité de path. ext.*, t. IV.

CRUVEILHIER. — *Anatomie path. gen.*, 1856, t. III.

NÉLATON. — *Path. ext.* 1858.

MALGAIGNE. — *Anat. chirurg.*, 1859, 2e édit., t. II.

VIRCHOW. — *Path. des tumeurs, trad. d'Aronsson.*, Paris, 1867.

BROCA. — *Traité des tumeurs*, 1869, t. II.

RINDFLEICH. — *Histol. path.*, trad. de Fréd. Gross, Paris 1872.

LANCEREAUX. — *Anat. path.*, 1875.

BÉRARD. — Dict. en 30 vol. Art., *Aine*.

VELPEAU. — id. Art., *Vulve*.

VERNEUIL. — *Dict. encyclopédique des sciences méd.* Art. *Aine*.

MICHEL. — id. id. Art. *Molluscum*.

HARDY. — *Nouv. dict. de méd. et de chirurg. pratique* Art. *Molluscum*.

HEURTAUX. — id. id. Art. *Fibrome*.

Le Mans. — Imprimerie Albert Drouin, 5, rue du Porc-Épic.